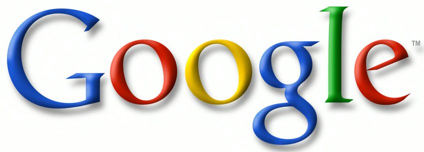
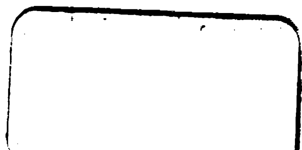






v. 3, 4 E 1

L'ABEILLE MÉDICALE

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hotel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

PUBLICATION MENSUELLE

VOLUME III



MONTRÉAL :

Berthiaume & Sabourin, Imprimeurs-Editeurs, 212 Rue Notre-Dame

1881

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. III. **Janvier et Février 1881** **Nos. 1 et 2**

Nous reprenons aujourd'hui la rédaction de l'*Abeille Médicale* que nous avons été obligé d'abandonner, en juin 1879, pour faire notre long voyage en Europe. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, c'est à l'obligeance d'un de nos collègues de l'Ecole de Médecine, M. G. O. Beaudry, professeur de Physiologie, que nous devons la continuation de la publication de ce journal qu'il n'a cessé de rédiger, depuis notre départ jusqu'à ce moment. Qu'il nous soit donc permis de lui témoigner ici publiquement toute notre reconnaissance pour le zèle, l'abnégation dont il a fait preuve, pour nous remplacer aussi longtemps, en s'imposant un semblable travail, malgré ses nombreuses occupations professionnelles. Nos lecteurs, qui ont pu apprécier le talent avec lequel il a su remplir cette lourde charge, sauront, nous en sommes persuadé, reconnaître à sa juste valeur son dévouement et lui en tenir compte. Pour nous, encore une fois, nous l'en félicitons et nous le remercions.

Peu de temps après notre arrivée, nous avons fait connaître, en partie, le résultat de notre mission en Europe, par la publication dans les journaux de l'opinion légale du Solliciteur Général d'Angleterre, Sir Farrer Herschell, au sujet de la légalité de l'établissement de la succursale de Laval à Montréal. Bien des rumeurs. dans le moment, ont été mises en circulation, pour nullifier ou du moins chercher à atténuer la portée de ce document important qui prouvait à tout le

monde qu'il ne pouvait pas y avoir de succursale de Laval à Montréal, et que ses professeurs n'avaient pas le droit de prendre le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal. Le public s'est ému, a jugé de suite la position et la presse a bien voulu depuis garder le silence.

Mais l'Université Laval de Québec a fait présenter une requête, par Nos Seigneurs les Evèques de la Province Ecclésiastique de Québec à Sa Gracieuse Majesté la Reine Victoria, dans le but d'obtenir une extension de sa charte. Une lettre du bureau colonial, sur l'ordre du Secrétaire d'Etat pour les colonies, le comte de Kimberley, dit même qu'un projet "*a draft*" pour une charte nouvelle, pour cette Université, a été présenté par Leurs Grandeurs pour l'approbation de la Reine. Cette démarche ayant été inutile, l'Université doit revenir maintenant devant la Législature Locale dans le même but : avis en est donné dans la *Gazette Officielle!*

Quelle conclusion doit-on tirer de ces faits, si non qu'ils prouvent d'une manière péremptoire que l'Université Laval reconnait enfin elle-même *publiquement* qu'elle n'avait pas le droit d'établir sa succursale à Montréal, que cette dernière, n'ayant aucune existence légale, n'a par conséquent aucun pouvoir de donner des cours qui vaillent aux yeux de la loi ; d'où il doit s'en suivre nécessairement que les diplômes, accordés à ses prétendus élèves, ne peuvent leur faire avoir leur licence pour pratiquer !

Quel rôle vont jouer à cette occasion les assesseurs ? Quel rapport vont-ils faire au Bureau de Médecine de la Province de Québec ? A quelle détermination en viendra celui ci ? Quels nouveaux faits vont surgir ?

Mais arrêtons nous à cette étappe qui définit si bien la position réelle de l'Ecole de Médecine, et prouve jusqu'à l'évidence combien elle avait raison de se plaindre du mauvais traitement auquel elle était en but. Admirons même sa respectueuse déférence, sa magnanimité dans la lutte qu'elle soutient contre l'Université Laval de Québec. Rappelons encore, pour prouver son bon vouloir envers l'Université Laval, que l'Ecole de

Médecine lui a demandé l'affiliation à différentes reprises. Laval a toujours refusé. Elle ne peut pas donner pour prétexte l'incapacité de ses professeurs, puisqu'elle a voulu les prendre tous pour former sa succursale. De plus que fit l'Université, lorsque l'Ecole, convaincue que cette dernière agissait en contravention ouverte avec la Charte Royale et la Bulle de Rome, lui signifia qu'elle garderait le *statu quo* jusqu'à ce que le St Siége, auquel elle en référait, se prononçât sur cette question. Elle nomma professeurs pour la succursale quelques uns de ceux de l'Ecole de Médecine et tous les autres aussi moins un, furent pris parmi les élèves de cette même Ecole, dont quelques uns reçus depuis quelques mois à peine, un autre alors et actuellement encore étudiant à Paris. Ce n'est donc pas certainement pour cause d'incapacité que Laval a toujours refusé l'affiliation à l'Ecole. Elle ne peut pas non plus alléguer une différence dans la longueur du temps des études ou même dans la diversité des branches enseignées, puisque la loi y pourvoie et a nommé des assesseurs pour présider aux examens des différentes facultés de médecine, pour voir et faire rapport, si toutes s'y conforment.

C'est donc avec le plus vif regret que nous avons vu Laval, après avoir refusé l'affiliation à l'Ecole de Médecine *seule*, prendre tous les moyens pour empêcher Montréal d'obtenir son université, qui lui devenait dès lors plus que jamais nécessaire, et chercher encore ensuite à détruire une école incorporée, qui avait son existence légale, longtemps avant elle, pour faire place à sa succursale pour laquelle il n'y avait pas plus raison d'être qu'elle n'en avait le droit !

Toutes ces démarches ont eu le plus pénible résultat et ont amené bien des déboirs !

Si nos jeunes collègues, quelques uns de nos jeunes médecins ainsi que quelques membres du Barreau de Montréal n'avaient pas prêté la main à tout ce qui s'est fait, nous aurions probablement déjà notre université indépendante, et loin d'en souffrir, les premiers ils en auraient eu tous les avantages. Pour vouloir arriver un peu plus vite, ils ont tout compromis !

Enfin, si au lieu de renvoyer l'Ecole, au secours de laquelle Rome lui ordonnait de venir par son Décret, Laval avait fait preuve d'un peu plus d'esprit de conciliation, avait mûri davantage la question, avant de la trancher ainsi, elle ne se trouverait pas aujourd'hui dans cette position humiliante d'être en désaccord, 1o. avec la charte impériale, ce qui lui en a fait demander une autre à Londres, 2o. ni avec la Bulle et le Décret, qu'elle devra tout probablement aussi chercher à faire modifier pour pouvoir en venir à ses fins.

Ces remarques nous sont pénibles, mais elles découlent nécessairement des faits accomplis. Et tout cela, pour avoir manqué à la parole donnée, avoir non seulement refusé d'aider Montréal pour l'obtention de son université, mais avoir même cherché et pour chercher encore à l'empêcher de l'obtenir, après en avoir reçu elle même un aide si précieux pour l'obtention de sa propre charte, avec cette entente formelle et *bien explicite* de l'aider à son tour à parvenir au même but !

Espérons néanmoins voir réussir enfin cette cause que doivent soutenir tous ceux qui veulent se conduire d'après le sentiment du droit et de la justice, et qui ont à cœur les intérêts les plus chers de Montréal.

Au lieu de cette lutte stérile et illégale, sans la qualifier pour tout le reste, n'eut-il pas été plus honorable, pour *tout le monde*, de rester dans les limites du droit et des convenances, de voir surgir dans Montréal, la métropole commerciale et industrielle de la Puissance, cette université qu'elle demande depuis si longtemps, et ne voir, à Québec comme à Montréal, qu'une noble émulation pour la diffusion des sciences et des bons principes ?

Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD.

Suite et fin.

PRÉCAUTIONS HYGIÉNIQUES. — L'hygiène des femmes affectées de métrite chronique doit être attentivement surveillée, et pendant toute la durée du traitement, et à partir de la convalescence.

Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à propos du régime alimentaire, dont l'importance est telle, que j'ai dû le considérer comme faisant partie intégrante du traitement général tonique et reconstituant, plutôt que comme un simple élément de l'hygiène ; nous ne nous occuperons donc ici que de ce qui concerne la vie de relation.

Le séjour à la campagne, dans un lieu sec et bien aéré, avec des ombrages suffisants pour que, même dans la saison la plus chaude de l'année, la malade puisse passer la plus grande partie de ses journées en plein air, constitue un des éléments les plus favorables pour le rétablissement. Au repos corporel, la résidence à la campagne permet d'ajouter le repos moral, qui est au moins aussi nécessaire ; car, autant que les fatigues physiques, il faut faire éviter aux malades les émotions vives et douloureuses.

Un peu d'exercice est nécessaire, et nulle part il ne peut plus commodément être pris sans fatigue qu'à la campagne, où l'on n'a pas d'étages à gravir et où la promenade est toujours facile. A toutes les époques de la maladie, de petites promenades à pied, non seulement peuvent être autorisées, mais doivent même être conseillées, et je ne saurais, pour ma part, accepter la pratique de Lisfranc, qui laissait ses malades des mois entiers étendues sur leur chaise longue, sans leur permettre de poser le pied à terre. C'est ainsi qu'il aggravait les phénomènes dyspeptiques et qu'il favorisait les troubles de la sécrétion urinaire dont je vous ai parlé dans une précédente leçon. La promenade à pied me paraît toujours devoir

être préférèe à la promenade en voiture, même dans une voiture parfaitement snspendue ; cependant cette dernière peut aussi être permise, et, dans quelques cas, elle est seule supportée par des femmes auxquelles la marche occasionne des douleurs extrêmement vives.

Mais ce que je proscris absolument, c'est l'équitation, c'est la danse, ce sont les courses prolongées, les ascensions de montagnes, etc., tous exercices qui ont l'inconvénient d'imprimer à l'utérus des mouvements trop violents pour qu'ils puissent demeurer innocents.

Dans tous les cas, lorsque les malades veulent marcher, il est nécessaire de maintenir leur utérus dans l'immobilité la plus complète possible, en exerçant une légère compression au moyen d'une ceinture qui contourne le bassin. Les ceintures hypogastriques, à pelotes plus ou moins compliquées, qui vont chercher le corps même de l'utérus, pour le comprimer à travers les parois abdominales, sont toujours mal supportées, en raison des douleurs qu'elles provoquent. Celles que j'emploie sont constituées par des bandes de tissu élastique de 3 à 4 centimètres de large, ajustées les unes à côté des autres de façon à ne pas dépasser en hauteur le milieu de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic. Quand elles sont faites avec soin, et qu'elles contournent bien les hanches, elles s'adaptent parfaitement au bassin, se tiennent en place sans qu'il soit besoin de les retenir au moyen de sous-cuisses, et soulagent beaucoup les malades, qui ont alors leurs viscères abdominaux soutenus de telle façon qu'aucun ballottement ne retentisse plus dans leur bassin, lorsqu'elles marchent.

Si nous prenons tant de soin pour éviter à l'utérus les moindres mouvements qui pourraient retentir sur lui pendant la marche, nous devons, à plus forte raison, redouter les secousses auxquelles il pourrait être exposé pendant l'acte du coït, et, à ce point de vue, conseiller le repos le plus absolu de l'organe malade. Cela est vrai en princiqe, mais ne savez-vous pas, combien on est exposé, dans la pratique des

choses de la vie, à voir les principes les plus rigoureux céder devant les impérieuses exigences des faits. Nous nous trouvons ici dans une de ces situations où les principes ne doivent pas rester inflexibles ; et, pour mon compte, je crois qu'une certaine tolérance aura dans nombre de cas, une influence plutôt favorable que nuisible, au point de vue de la guérison. Il faut cependant savoir distinguer, avec un certain tact, les conditions dans lesquelles cette tolérance peut s'exercer. Il est bien certain que, quand vous aurez affaire à une de ces femmes légères, aux mœurs faciles, pour qui vos prescriptions les plus sévères seront à peine un frein suffisant, vous devrez bien vous garder de rien autoriser, car, avec elles, l'abus suivrait de trop près l'usage. Mais, lorsqu'il s'agit de la femme chaste et vertueuse, de l'épouse respectable, de la mère de famille attentive à tous ses devoirs et désireuse de reconquérir au plus vite sa santé perdue, rappelez-vous que toutes vos prescriptions seront suivies avec la plus scrupuleuse exactitude, et, comme vous n'avez pas à craindre l'abus, sachez tolérer l'usage modéré de rapports qui ne pourraient pas être complètement interrompus, pendant toute la durée du traitement, sans de graves inconvénients.

Il est bien entendu que je ne vous conseille pas d'autoriser les rapports conjugaux lorsque l'utérus est tuméfié, douloureux et saignant au moindre attouchement ; les accidents qui en résulteraient immédiatement, seraient plus que suffisants pour montrer qu'il faut alors s'en abstenir d'une façon absolue. Mais plus tard, dans la période d'induration, si le col n'est pas ulcéré, si les divers mouvements, imprimés à l'utérus pendant l'exploration par le toucher, ne provoquent ni suintement sanguinolent ni douleur, sur quelles raisons pourrait-on se fonder pour exiger l'éloignement de la couche conjugale ? Il faut, ai-je dit, éviter à nos malades les émotions tristes et pénibles, auxquelles les prédispose si fortement la nature de leur mal. De quel droit viendrait-on, quand leur moral est déjà si péniblement ébranlé par le fait de leur maladie, ajouter à leurs angoisses, à leurs inquiétudes, leurs craintes, en leur laissant

croire qu'elles vont devenir un objet de répulsion et de dégoût pour leur mari, et qu'elles sont exposées à le voir chercher ailleurs les plaisirs qu'il ne peut plus trouver auprès d'elles ? Cette situation est, croyez-moi, assez pénible et assez douloureuse pour que vous ne deviez pas la créer sans une absolue nécessité, et la métrite chronique ne compte pas au nombre des maladies qui doivent vous imposer l'obligation de la faire naître.

Bien au contraire, je me demande si l'excitation résultant de l'acte sexuel ne doit pas avoir une influence plutôt favorable que nuisible sur des utérus anémiés et ayant perdu leur irritabilité, comme le sont ceux que l'on rencontre dans la période d'induration de la métrite chronique. J'en suis tellement convaincu, qu'en cas pareil je ne me contente pas d'autoriser les rapports sexuels, je les conseille, et il m'arrive parfois, quand une malade, dans ces conditions, séjourne trop longtemps à l'hôpital, de lui donner son exeat avec l'espoir, souvent réalisé, qu'une certaine amélioration suivra l'usage qu'elle aura su faire de sa liberté.

Rappelez-vous du reste, de ce que je vous ai dit de l'action heureuse qu'une grossesse pourrait exercer sur la texture de l'utérus, en sollicitant la formation de fibres musculaires nouvelles, venant prendre la place de celles qui auraient été atrophiées par le travail phlegmasique, et voyez dans ce fait un nouveau motif sur lequel vous pourrez vous fonder pour autoriser les rapprochements sexuels, dans la métrite chronique, au lieu de les proscrire, comme cela se fait si habituellement, sans que l'on sache pourquoi.

Si délicate que soit la question que nous venons de traiter, il en est une bien plus délicate encore, devant laquelle je ne veux pas reculer, parce qu'il importe que vous sachiez quelle ligne de conduite vous devrez suivre en ce qui concerne la question du mariage, lorsque vous donnerez des soins à une jeune fille affectée de métrite chronique.

Si l'inflammation conserve encore une certaine acuité, ou si elle est dans cette période de transition qui marque le pas-

sage de l'état aigu à l'état chronique, et qui est signalée par de fréquentes bouffées inflammatoires, ou simplement congestives, toute idée de mariage devra être éloignée. Si une union était projetée, pour une jeune fille se trouvant dans cet état, vous devriez user de votre influence et même de votre autorité auprès de la famille, pour la faire retarder jusqu'à ce que vous ayez pu obtenir une rémission très marquée de ces accidents inflammatoires. Si l'on ne tenait pas compte de vos avis, on s'exposerait à voir ces accidents prendre une intensité nouvelle après les premiers rapprochements sexuels, et il serait possible que l'inflammation, dépassant le tissu utérin, s'étendit au tissu cellulaire ambiant, aux ligaments larges et même au péritoine, de façon à compromettre la vie, on tout au moins à devenir une cause de stérilité, par suite des adhérences qui empêcheraient plus tard le jeu régulier des trompes de Fallope, au moment de l'ovulation.

Que si, au contraire, il s'agissait d'une métrite franchement chronique, sans ulcérations ou avec des ulcérations très superficielles, vous pourriez sans inconvénient, laisser consommer un mariage projeté, sauf à prévenir qu'on ne devrait pas tarder à réclamer vos soins s'il survenait quelque malaise pendant le cours de la lune de miel.

Quant à provoquer vous-même un mariage, alors que la famille n'y songerait pas, je ne trouve aucun cas qui puisse le nécessiter ; et ce que je vous ai dit de la tolérance avec laquelle vous pouvez autoriser les rapprochements sexuels chez les femmes qui en ont déjà usé ne doit pas aller jusqu'à vous faire penser qu'ils puissent jamais devenir nécessaires à la guérison d'une métrite survenue chez une fille vierge.

A l'hygiène des femmes affectées de métrite chronique ou convalescentes de cette maladie, se rattache toute une série de précautions et de soins qui doivent être pris au moment des époques menstruelles. Comme la congestion, qui se produit alors dans tout le système génital, peut très facilement devenir le point de départ d'une de ces bouffées inflammatoires qui marquent le retour des accidents ; c'est surtout à

cette époque qu'il faut exiger le repos le plus absolu, en forçant la malade à garder la chambre ou même le lit, et en lui recommandant de se soustraire avec plus de précautions que jamais à toutes les causes d'excitation.

LA NÉPHRECTOMIE.

Il y a dix ans, en 1870, un journal allemand la *Deustche Klinik*, publiait la première observation d'extirpation du rein pratiquée de propos délibéré, en 1869, par Gustave Simon, de Heidelberg. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, atteinte d'une fistule urinaire sus-pubidenne consécutive à la blessure d'un uretère pendant une opération d'ovariotomie. Après des tentatives opératoires inutiles pour rétablir le cours des urines et des expériences pour démontrer qu'un seul rein peut suffire à la dépuration urinaire, Simon fit l'extirpation du rein gauche. La femme guérit de l'opération et de sa fistule et au bout de six semaines elle pouvait se lever.

L'élan était donné : l'opération hardie conçue et exécutée par G. Simon entrait dans la pratique et depuis cette époque elle a été répétée un certain nombre de fois.

La somme des faits connus est encore trop peu considérable pour qu'il nous soit permis d'en tirer des conclusions ; qu'il nous suffise de dire que les résultats, sans être encourageants, ne sont pas de nature à désespérer tout à fait les chirurgiens. Le détail des faits le prouvera largement.

L'extirpation du rein,—*néphrotomie* ou mieux *néphrectomie*,—a été pratiquée dans des conditions très différentes : tantôt elle a été le but cherché et atteint de l'acte opératoire ; tantôt, au contraire, elle a été une surprise et une complication pendant une opération dans laquelle le rein n'était pas visé. Il serait difficile de ranger ces faits en catégories : leur petit nombre ne permettant pas de les rapprocher les uns des autres et chacun d'eux ayant son histoire propre et intéressante.

De même, d'après les indications particulières, la voie suivie par les opérateurs n'a pas été la même, les uns allant chercher le rein par la région lombaire, les autres à travers une incision médiane de la paroi abdominale antérieure, comme dans la laparotomie. Il est bien entendu que cette dernière voie fut suivie dans les cas où le rein fut enlevé par erreur ou par nécessité pour ou avec une tumeur abdominale.

Le 23 mars 1871, Linser pratiquait l'extirpation du rein pour répondre à des indications semblables à celle que présentait la malade de G. Simon. Un homme blessé d'un coup de feu à la région lombaire offrait en ce point une fistule rénale avec complication de calculs. Le rein fut enlevé par une longue incision étendue de la douzième côte à la crête iliaque. Le malade succomba dix heures après l'opération et l'autopsie démontra la présence d'anciens abcès dans le rein du côté droit.

En 1878, même opération pratiquée par Zweissel, d'Erlangen, sur une femme atteinte d'une fistule urinaire faisant communiquer l'uretère et l'utérus. La manœuvre fut laborieuse : le rein ne se laissa que difficilement isoler de sa capsule ; sa substance se déchira sous les doigts du chirurgien et cette déchirure fournit une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée que grâce à l'application d'une pince à larges mors plats. Néanmoins la malade, opérée le 8 janvier, était complètement guérie le 23 mai de la même année.

Enfin tout récemment le (20 mai 1880), le professeur L. Lefort, revenu de son aversion pour cette hardiesse chirurgicale, tentait de tarir par l'extirpation du rein une fistule urinaire de la région lombaire chez un homme qui s'était donné un coup de tranchet dans le ventre huit mois auparavant. Des explorations méthodiques et une discussion raisonnée des signes avaient permis de diagnostiquer une blessure de l'uretère droit. Le cas était à peu près désespéré ; le blessé miné depuis longtemps par la fièvre hectique, succomba cinquante heures après l'opération. En résumé

sur *quatre* néphrectomies pratiquées dans le cas de fistule urinaire par lésion de l'uretère ou du rein *deux* succès et *deux* revers. La proportion est d'autant plus encourageante qu'il ne me parait pas difficile de saisir la cause de ces derniers et d'en tirer des enseignements précieux.

Le malade de Linser avait le rein *droit* altéré et criblé d'abcès ; celui du professeur Lefort était arrivé au dernier degré de marasme.

Les altérations rénales pouvaient être soupçonnées chez le premier de ces malades. L'examen des urines y démontrait du pus, des corpuscules sanguins et parfois des moules cylindriques, et l'exploration de la région lombaire du côté sain y révélait une douleur manifeste. Il y avait certes là de quoi faire réfléchir, et je trouve dans ces données les éléments nécessaires pour faire prévoir un insuccès. Ce mauvais état bien constaté d'un rein qui devra seul suffire désormais à l'épuration urinaire devait constituer, à mon sens, uue contre-indication absolue à l'opération.

A côté de ces indications assez précises fournies par des fistules urétériques ouvertes en des points divers et rebelles à tout autre moyen que l'extirpation de l'organe sécréteur, la néphrectomie a été pratiquée pour remédier à des affections inflammatoires ou néoplasiques du rein, ou pour combattre les troubles engendrés par le déplacement de cet organe.

Or, ici, je ne crains pas de le dire, malgré quelques succès, l'opération est beaucoup moins justifiée que dans les cas précédents et je n'ai pas besoin de chercher bien loin la cause des échecs.

Dans l'hypothèse où le diagnostic est sûrement établi, — première condition souvent difficile à remplir, — les contre-indications surgissent de tous côtés : s'agit-t-il d'une pyélonéphrite, calculeuse ou non, assez grave par elle-même pour qu'on puisse songer à enlever le rein ? l'état général du sujet ne doit guère autoriser une pareille opération que rendent presque impossible les complications inflammatoires locales, adhérences anciennes, abcès de voisinage, etc. — A-t-on

affaire à un cancer? rien de moins encourageant que le pronostic connu des ablations de cancers viscéraux. — Enfin, l'on ne peut guère songer à sacrifier un rein déplacé que s'il est devenu pathologique, ou s'il entraîne des troubles considérables qu'un examen minutieux et longtemps prolongé ne permet pas d'attribuer à une autre cause qu'à son ectopie.

La néphrectomie a cependant été pratiquée avec des chances diverses dans ces différentes conditions.

Encouragé par son premier succès, G. Simon enlève le rein gauche, le 28 août 1871, chez une femme de 30 ans, souffrant depuis douze ans de coliques néphrétiques atroces, ayant causé deux avortements, un amaigrissement extrême et un état prononcé de marasme et d'hypochondrie. Un examen minutienx de l'urine, en dehors des crises douloureuses, avait permis de conclure à l'intégrité du rein droit. Une incision lombaire conduit sur la capsule fibreuse du rein; après quelques hésitations, Simon l'incise et ne reconnaît pas au doigt la présence de calculs. Cependant il énuclée le rein avec mille difficultés et atteint le pédicnle qui est sectionné aprés avoir été lié. Une forte hémorrhagie qui se produit aussitôt force à recommencer la ligature et nécessite le tamponnement au fond de la plaie.

Le rein ouvert présentait une cavité qui logeait 18 à 20 calculs de la grosseur d'une lentille à un noyau de cerise.

Trente et un jours après l'opération, la malade succombait à une péritonite généralisée et à une pleurésie purulente double.

Une femme de 43 ans, souffrait depuis plusieurs années, de douleurs violentes dans la région rénale droite et présentait les symptômes ordinaires des calculs rénaux, y compris l'hématurie. Néanmoins elle n'avait jamais rendu de calculs et la sonde n'en avait pas révélé la présence. M. Durham, après consultation préalable avec ses collègues de *Guy's hospital*, mit le rein à découvert par une incision faite sur le bord externe du muscle carré des lombes, l'explora aussi loin

que possible sans l'enlever et, ne trouvant rien d'anormal, laissa l'organe en place.

Après quelque temps d'amélioration, la douleur revint, augmentée surtout par la pression. L'extirpation du rein fut décidée et pratiquée : l'organe enlevé était *absolument sain*.. La malade mourut dans la semaine et l'autopsie démontra l'intégrité parfaite du rein gauche, de la vessie et des uretères. — (BRITISH MEDC. JOURN., 18 mai 1872).

L'opération paraissait plus justifiée dans le cas suivant, dû au docteur J. Peters. chirurgien de *Saint-Luke's hospital*. (NEW-YORK MEDIC. JOURNAL. nov. 1872). Chez un malade de 36 ans, présentant depuis deux ans les signes d'une pyélite calculeuse avec tumeur considérable du rein droit, une ponction exploratrice donna issue à trois onces de pus clair, fournit la sensation d'un calcul rénal, et l'on crut la néphrectomie indiquée. Le rein mis à découvert, on ne put trouver le bassinet qui, contrairement aux prévisions, n'était nullement distendu. Le rein lui-même était parsemé de petites poches purulentes, et son ablation fut décidée. L'opération dura deux heures et demie, et le malade s'éteignit au bout de trois jours d'une manière lente et graduelle. L'examen du rein malade, de l'uretère et des vésicules séminales y démontra les dépôts caséeux de la tuberculose génito-urinaire, sans aucune production calculeuse.

Même résultat plus rapidement désastreux encore chez un étudiant en médecine de 33 ans, atteint de pyélo-néphrite et et d'hydronéphrose gauches, avec phénomènes de lithiose rénale. Le professeur V. Damreicher (de Vienne) crut la néphrectomie justifiée et la pratiqua le 1 août 1877, suivant la méthode de Simon. La division, couche par couche, des tissus sous-jacents amena l'opérateur dans des tissus fibreux très épais, très vasculaires, où l'on ne se reconnaissait qu'avec peine : enfin on ouvrit une cavité suppurée à la partie supérieure de laquelle le doigt crut trouver le rein dégénéré. Pour pouvoir isoler et enlever celui-ci, l'on dut prolonger l'incision en haut jusqu'à la dernière côte. A ce moment un sifflement

caractéristique indiqua que le diaphragme avait été fendu et la plèvre ouverte en même temps qu'une des artéres diaphragmatiques inférieures était sectionnée. La situation devenait inquiétante : le malade menaçait de succomber à chaque instant. L'artère fut liée avec beaucoup de peine ; les artères rénales saisies avec un fil, on enleva ce que l'on supposa être le rein malade : mais une hémorrhagie considérable obligea l'opérateur à pratiquer la ligature en masse au-dessus des parties qu'il enleva On fit des efforts réitérés et infructueux pour oblitérer l'ouverture du diaphragme ; le malade mourut au bout de 24 ou de 36 heures. A l'autopsie on trouva que la plèvre était le séige d'un épanchement purulent : elle était largement ouverte ; la 12e côte n'avait que trois centimètres et demi de long, et c'était la 11e que l'on avait prise pour elle. Le rein gauche était entièrement transformé en coque fibreuse dont une partie seulement avait été extirpée ; le reste était étreint par la ligature en masse. Il n'y avait pas de calculs.

J'ai insisté assez longuement sur les détails de cette opération pour en montrer les péripéties possibles et les difficultés imprévues crées par les adhérences du rein dans son atmosphère enflammée.

L'unique succès obtenu dans ces conditions appartient à Czerny (CENTRAL. F. CHIRURG., p· 45, 1879). Sur une femme de 32 ans, atteinte de pyélo-néphrite et périnéphrite du côté droit avec fistule rénale, Czerny débrida d'abord la fistule et pour se donner du jour fit la résection sous-périostée de la onzième côte sur une longueur de neuf centimètres ; avec la main il décolla le rein qui était entouré de caillots sanguins anciens volumineux, lia le pédicule avec un fil de soie et une ligature élastique et enleva la glande. Les suites de l'opération furent simples. Quatre mois aprés la malade avait repris ses forces, bien que la plaie ne fût pas encore tout à fait fermée.

En résumé, dans six opérations pratiquées pour remédier à des lésions inflammatoires chroniques du rein, réelles ou

supposées, avec ou sans calculs, la mort survint cinq fois. Dans quatre cas elle suivit de très près la tentative chirurgicale, qui seule en fut la cause chez le malade où l'organe extirpé était sain (Durham). Dans l'observation de G. Simon, elle survint le 31e jour par une péritonite tardive provoquée par une exploration ou par un écart de régime.

Un seul cas (Czerny) fut suivi d'une guérison définitive.

Nous avons passé en revue les opérations de néphrectomie pratiquées pour remédier à des fistules rebelles de l'uretère, siégeant à des points divers de la paroi abdominale, ou pour obtenir la guérison de pyélo-néphrites, calculeuses ou non. Nous avons cherché à discuter les indications de cette intervention dans l'un et l'autre cas, et nous avons montré combien, dans les affections inflammatoires chroniques du rein, l'opération devait rencontrer et a rencontré de difficultés tenant aux lésions de voisinage, adhérences et abcès, et combien peu elle présentait de chances de réussite.

Il nous reste à étudier les néphrectomies qui ont été pratiquées pour le cancer du rein, pour ses déplacements et pour ses lésions traumatiques.

Les considérations générales que nous présentions à propos de l'ablation du rein chroniquement altéré par une suppuration d'origine calculeuse ou autre, trouvent encore toute leur valeur quand il s'agit du rein cancéreux. Les incertitudes du diagnostic, les limites connues et les rapports suspects de la tumeur à enlever, les mauvaises conditions générales du sujet à opérer, la gravité des opérations préliminaires qui doivent conduire sur l'organe malade, constituent un ensemble de données défavorables qui permettent de prévoir combien sont bornées les indications et médiocres les chances de succès.

En outre, l'opération ne pouvant être exécutée que par la voie abdominale, sa gravité particulière se trouve augmentée de la gravité inhérente à toutes les manœuvres de la laparotomie.

Dans tous ces cas, en effet, l'ablation du rein dégénéré et

augmenté de volume a dû être faite par une incision pratiquée à la paroi abdominale antérieure.

La première opération de ce genre date de 1861 et appartient à Ch, Hoddart; l'observation est singulière à plusieurs points de vue.

Chez un malade de 58 ans, portant depuis 6 ans une tumeur volumineuse remplissant l'hypochondre droit, ayant une consistance semi-solide et semblant avoir un pédicule sur un des sillons du foie, avec un point d'implantation plus large sur la paroi postérieure de l'abdomen, Hoddart pensa qu'il s'agissait d'une tumeur kystique du foie comprimant le rein droit et produisant sur ce dernier une irritation suffisante pour expliquer l'albuminurie dont le malade présentait des signes. De concert avec le docteur Wolcott, il crut que l'opération seule pouvait donner quelque chance de guérison.

L'incision de la paroi abdominale conduisit sur une tumeur encéphaloïde volumineuse ayant un épais pédicule postérieur qui fut incisé après ligature. En la sectionnant, on reconnut qu'elle provenait du rein dont la partie supérieure, non dégénérée, avait ses tubes et son bassinet normaux. Le malade vécut encore quinze jours et mourut par l'abondance de la suppuration.

Le 10 décembre 1878, Martin présenta à la Société de gynécologie de Berlin le rein droit d'une femme âgée de 53 ans, chez laquelle des hématuries, des humeurs dans la vessie, des douleurs sourdes dans le côté droit, avaient permis de diagnostiquer un cancer rénal. Le rein dégénéré fut enlevé par la laparotomie, et dix-neuf jours après l'opération la malade était complètement guérie.

L'observation suivante de Czerni, de Heidelberg, contient des péripéties opératoires émouvantes et démontre une fois de plus les dangers d'une pareille intervention.

Chez un malade de 50 ans, portant une tumeur remplissant toute la moitié gauche de l'abdomen, tellement douloureuse que le patient songait à se suicider, Czerny, consentit à l'opération en représentant à ce malheureux qu'il avait au moins

50 chances sur 100 d'y perdre la vie (19 septembre 1879.) Le mésocolon fut sectionné, et dès que la tumeur fut abordée il se déclara une hémorrhagie formidable. Celle-ci ne put être arrêtée temporairement que par la compression de l'aorte, et dès que cette compression fut cessée l'hémorrhagie recommença de nouveau. Czemy, voyant tous les symptômes d'une mort rapide par hémorrhagie, fit la ligature de l'aorte. L'hémorrhagie s'arrêta ; après quoi le ventre fut refermé et on rapporta le malade dans le lit, Deux heures après survinrent l'anesthésie et la paralysie des membres inférieurs, lesquelles persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva dix heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva que l'artère rénale avait été déchirée tout prés de son entrée dans la tumeur, et que la ligature de l'aorte avait été placée entre les artères rénales, de sorte que le sang pouvait encore arriver dans le rein droit.

Le professeur Kocher (de Berne) ne fut pas plus heureux dans deux opérations pratiquées, l'une chez un enfant de 2 ans et demi (Deutsche Zeiscrift fur chirurgie, 1878), l'autre chez une femme de 35 ans. L'enfant succomba quarante-huit heures après l'opération, ayant perdu beaucoup de sang, à plusieurs reprises, par de gros troncs veineux qui sortaient de la tumeur et qui s'étaient déchirés, malgré toutes les précautions.

La femme, extrêmement anémiée avant l'opération par des hématuries antérieures, présentait dans le flanc droit une tumeur tout à fait mobile que divers signes permirent de reconnaître pour un rein déplacé et dégénéré.

Pendant l'opération, un instrument qui jusqu'alors avait bien fonctionné refusa son service. On fut assez long à le remplacer. Puis l'extirpation du kyste sembla si difficile qu'on résolut de ne pas mettre plus longtemps la vie de la malade en péril ; on referma la plaie. La mort survint le soir du troisième jour au milieu des symptômes de péritonite.

Il me semble difficile, avec un nombre aussi restreint de faits, de juger une pareille opération ; cependant, s'il m'est

permis de donner mon impression personnelle, je ne vois pas d'un œil favorable une intervention, assez grave par elle-même pour compromettre la vie d'une manière immédiate, sans assurer, en cas de réussite, une survie que le pronostic habituel des cancers viscéraux permet de prévoir courte et misérable, et alors qu'il n'y a pas d'indication urgente pouvant légitimer et justifier la tentative. Je dirai volontiers à propos de ces cas qu'il est des malades qu'il faut savoir laisser mourir, et qu'un succès obtenu de temps à autre ne doit pas pousser les chirurgiens dans une voie pleine d'incertitudes et de dangers.

La hardiesse chirurgicale n'est plus permise quand elle n'est pas justifiée par l'utilité de l'opération.

Les réflexions que m'inspire l'ablation du rein *cancéreux* sont renforcées par les faits suivants que je vais rapporter brièvement, dans lesquels la néphrectomie pratiquée pour *des reins flottants* ne fut suivie que de succès. On verra là toute la différence qui sépare les opérations pratiquées pour affections organiques de l'intervention chez des sujets *sains* et sur des organes *sains* ou simplement atteints d'ectopie.

La premiére observation de cette nature date de 1871 ; Filmore (AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS, mai 1871) fut consulté par une négresse de trente-trois ans, enceinte, présentant à la partie supérieure de la région lombaire gauche une tumeur mal limitée qui était le siége de douleurs continuelles, tellement vives, que la malade réclamait un soulagement à n'importe quel prix. Filmore, sans être fixé exactement sur la nature de la tumeur, se décida à l'enlever, quelle qu'elle fût, quand même ce serait le rein.

L'opération fut pratiquée par la région lombaire ; l'incision conduisit sur une tumeur renfermée dans un sac herniaire formé par la propulsion en dehors du muscle carré des lombes. L'ablation fut facile. La femme, qui était enceinte de cinq mois, à constitution chétive, guérit complètement et la grossesse suivit son cours.

L'examen de l'organe enlevé le fit reconnaître pour un rein

atrophié et profondément altéré. Même succès dans un cas rapporté par Keppler (ARCH. N. KLIN. CHIR. VON LANGENBECK, 1879) et opéré par Martin, à l'actif duquel on compte trois opérations suivies de guérison rapide.

L'une fut pratiquée chez une femme de quarante-neuf ans, ayant des phénomènes nerveux bizarres qu'on crut pouvoir rapporter à un déplacement du rein dans la région hypochondriaque droite. La tumeur fut enlevée par la laparotomie et deux mois après la guérison était complète.

Les deux autres succès furent également obtenus sur des femmes auxquelles l'ectopie rénale infligeait d'atroces douleurs, et chez lesquelles l'opération fut également faite par la voie abdominale.

Il ne me reste, pour clore cette liste de résultats heureux, qu'à rapporter un cas d'extirpation du rein à la suite d'un coup de couteau dans l'hypochondre gauche.

L'organe faisait hernie à travers la plaie ; Brandt, le jugeant désormais inutile et sa rétention dangereuse, en fit la résection le quatrième jour après la blessure. Quinze jours après, le malade quittait l'hôpital sans aucune complication d'urémie ni de péritonite.

Les limites de cet article ne me permettent pas de donner les détails de médecine opératoire qui se rapportent à la néphrectomie ; Simon et Linser ont décrit l'un et l'autre des procédés particuliers qui répondent surtout aux cas qu'ils ont opérés, et qui doivent être modifiés suivant les circonstances.

Je signalerai cependant une anomalie possible de la dernière côte, dont la brièveté où l'absence peut causer de sérieuses complications opératoires. Dans ce cas, en effet, la onzième côte, est prise pour la dernière et l'incision lombaire, partant de ce point, blesse les attaches du diaphragme et ouvre le cul-de-sac pleural. Il se produit alors une hémorrhagie abondante et un pneumothorax traumatique, capables d'entraîner la mort immédiate du sujet. (Dumreicher.) Je renvoie pour ces détails à un travail de M. Holl, professeur à Vienne. (ARCH. F. KLIN. CHIRURG., vol. XXV, p. 224, 1880.) — F. BOUILLY.

Des terreurs ou cris nocturnes des enfants.

Par STEINER.

Malgré la fréquence des frayeurs nocturnes chez les enfants, la littérature médicale fait à peine mention de cet intéressant sujet. C'est à ce titre que le professeur Steiner a cru utile d'appeler l'attention sur ce genre d'accidents qui échappe le plus souvent à l'observation des médecins.

De quelle façon se manifestent ces terreurs nocturnes des enfants ?

Le cas suivant, que nous empruntons, à l'auteur, en dira plus long que l'exposé symptomatologique le plus détaillé :

V. N..., petite fille âgée de 5 ans, de constitution délicate, sujette aux ophthalmies scrofuleuses, se couche après avoir mangé de bon appétit, comme à l'ordinaire, et avoir joué tranquillement avec son frère, après son repas du soir. A ce moment, un cri perçant retentit dans la chambre à coucher des enfants. Les parents accourent en toute hâte et trouvent la petite fille, dressée sur son séant, poussant des gémissements et des cris, tantôt les mains levées et jointes, comme pour implorer du seconrs, tantôt les bras étendus comme pour repousser violemment un objet, et s'écriant sans cesse ; " Mon Dieu ! mon Dieu ! oh ! ma mère ! ma mère ! " etc. Les traits expriment la terreur, le front est baigné de sueurs, la tête est chaude et brûlante, les yeux ouverts, tantôt hagards, semblent fixés sur un objet effrayant, tantôt animés de mouvements désordonnés, ne cessent de rouler dans leurs orbites. Les pupilles légèrement rétrécies, les battements du cœur tumultueux et énergiques, le pouls accéléré (120), la température du corps restant normale. En même temps, l'enfant ne paraît pas avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle, elle ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, et reste absolument sourde aux paroles de ses parents, comme insensible à leurs caresses. Tous les efforts pour la rassurer et dissiper ses craintes chimériques restent impuissants. L'enfant semble toujours sous le coup de l'impression terri-

fiante qui la frappe ; elle continue à crier, à pleurer, à gémir, jusqu'à ce qu'enfin le calme revient après de longs sanglots. Déjà elle reconnaît ses parents,se jette dans leurs bras comme pour implorer leur appui et leur protection contre l'ennemi imaginaire qui la menace et l'épouvante ; elle les supplie de rester auprès d'elle et de ne pas la laisser dans l'obscurité. Enfin, l'accès de terreur cesse peu à peu, l'enfant s'assoupit et dort tranquillement jusqu'au matin. Interrogée, à son réveil, sur la cause de ses cris et de ses larmes de la nuit, l'enfant ne se souvient de rien de ce qui s'est passé, de ce qu'elle a vu, entendu ou éprouvé ; elle a tout à fait oublié son affreux cauchemar, ses rêves, ses frayeurs et ses cris. Le lendemain, elle ne ressent ni douleur, ni fatigue et reprend ses jeux comme à l'ordinaire. Ce bien-être dure huit jours sans que rien ne vienne troubler en rien le repos de ses nuits ; au bout de la semaine, dans la soirée, vers dix heures, et sans cause appréciable, l'accès reparaît et se reproduit vers minuit, mais avec une durée et une intensité moindres que la première fois, d'ailleurs avec les mêmes phénomènes et la même évolution. Quatre jours après, nouvel accès ; puis un temps d'arrêt complet de 8 semaines, et ainsi de suite. Depuis près de deux ans, les crises nocturnes se reproduisent avec la même périodicité, et, pendant tout ce laps de temps, l'enfant ne présente aucun autre phénomène morbide.

Ces accès nocturnes n'offrent pas toujours les mêmes caractères, la même violence chez tous les sujets.Dans certains cas, les enfants se réveillent en sursaut, profèrent quelques paroles incohérentes qui trahissent leur frayeur ; ils jettent des regards effarés autour d'eux et semblent tout tremblants ; mais 2 ou 3 minutes après, ils se retournent de l'autre côté dans leur lit et se rendorment, tandis qu'une sueur profuse couvre leur visage. Quelquefois la crise peut durer plus d'une heure. Après l'accès, il y a souvent émission abondante d'une urine très claire.

Quelle est la nature de ces accès de frayeur nocturnes ? Les opinions sont divergentes à cet égard.

C.-H. Hesse (*Ueber das nachtliche aufshrecken der Kinder im Schlafe*, Altenbourg, 1845) considère ces crises comme une maladie particulière offrant une étroite analogie avec la manie transitoire : l'une appartiendrait exclusivement à l'enfance ; l'autre, au contraire, affecterait seulement les adultes.

Dans le premier cas l'enfant croit être en danger et croit voir des apparitions effrayantes, il cherche à les fuir ou à s'en défendre.

Selon Ch. West (*Diseases of the Children*), ces accès ne constituent pas le symptôme d'une affection encéphalique primitive, mais un simple trouble cérébral lié aux désordres gastriques ou intestinaux, et en particulier à la constipation. M. Bouchut (*Traité des maladies des enfants*) les considère comme le résultat d'une excitation sympathique et consensuelle du cerveau tout à fait indépendante de l'irritation cérébrale primitive. Selon lui, la cause prochaine des accidents est le plus souvent un rêve dans lequel les enfants croient voir un animal se ruant sur eux ou quelque fantôme plus ou moins effrayant. Les troubles gastriques (repas trop tardifs) et l'éducation psychique semblent y avoir une part plus considérable que la dentition, sur laquelle la plupart des auteurs anglais ont insisté.

Sidney Ringer (*Medical Times and Gaz.*, mai 1867) pense que l'accès est simplement la continuation ou l'effet du réveil incomplet dans le cours d'un sommeil agité, en un mot quelque chose d'analogue au cauchemar (*nightmare*) chez les adultes.

D'après son expérience les enfants sujets à ces crises nocturnes sont pâles et chétifs.

La cause immédiate paraît être un trouble des organes digestifs, variable suivant les sujets : chez nous c'est la diarrhée ; chez d'autres la constipation qui doit être invoquée. La cause occasionnelle de ces troubles gastro-intestinaux est tantôt l'alimentation mauvaise, irrégulière ou trop copieuse, tantôt les vers intestinaux, et notamment les ascarides lombricoïdes, d'autres fois la dentition semble devoir entrer en ligne de compte.

D'aprés les observations de S. Ringer, les convulsions ne s'ajoutent aux cris nocturnes que lorsque les enfants ont été précédemment atteints d'éclampsie.

Enfin, le professeur Steiner expose de la façon suivante sa propre opinion :

Les cris nocturnes ne sont que l'expression d'une irritation cérébrale qui se produit d'ordinaire sous la forme d'un rêve terrifiant pendant le premier sommeil, et dans lequel les objets qui causent l'épouvante (chiens, chats, loups, spectres et fantômes) impressionnent si vivement les enfants qu'ils s'éveillent en sursaut, crient, pleurent, appellent au secours, sans pour cela recouvrer complétement la connaissance. Cet état présente une analogie frappante avec l'extase transitoire compliquée d'hallucinations visuelles de nature terrifiante.

Par quoi cette excitation cérébrale est-elle causée ?

A cela, Steiner répond que les enfants affectés de terreur nocturne sont le plus souvent délicats, faibles, nerveux, anémiques et présentent tous les attributs de la scrofule ou du rachitisme. Si l'on ne peut invoquer chez eux les troubles gastriques, l'helminthiase ou la dentition, on est bien obligé de chercher la cause de ces accès dans une irritation cérébrale idiopathique, ayant sa source dans une constitution morbide, et dans une alimentation défectueuse et mal appropriée.

Certaines causes éloignées ou accidentelles peuvent exercer leur influence sur le nombre et sur l'intensité des accès, mais l'élément primordial sera toujours, suivant Steiner, un trouble nutritif du cerveau.

Cette affection n'est souvent, à la vérité, qu'un accident passager, qu'un trouble secondaire disparaissant, sans laisser de traces, sous l'influence d'une hygiène alimentaire physique et morale mieux dirigée. Dans quelque cas, cependant, surtout lorsque les paroxysmes augmentent de fréquence et d'intensité, il faut y voir le prodrome précoce d'une affection cérébrale sérieuse et agir en conséquence. Cette opinion est partagée par ceux mêmes qui ne voient dans ces troubles qu'une simple irritation réflexe (West et Bouchut).

Diagnostic de l'accouchement clandestin non récent.

PAR WACHS.

Les médecins experts sont souvent consultés par la justice en cas de soupçon d'un accouchement clandestin qui remonte à des semaines ou même à des mois. Le plus souvent il s'agit d'accouchement à terme chez des primipares. Dans son mémoire l'auteur soumet à une analyse critique les divers indices sur lesquels pourra s'appuyer le rapport.

Il range ces signes sous deux groupes :

Groupe A : composé de ceux qui dépendent de troubles ou retard dans le travail d'involution qui suit l'accouchement normal. En effet, les femmes, pour n'être pas soupçonnées, ne se sont pas soumises au repos nécessaire dans leur situation.

1o Présence de lait dans les seins,

2o Relâchement considérable des parois abdominales,

3o Involution utérine incomplète.

Groupe B : comprenant des états secondaires tenant les uns au développement progressif finalement considérable du corps contenu dans l'utérus, les autres à son expulsion à travers le canal génital.

1o. Vergetures.

2o Col utérin mou, cylindrique, avec un orifice ne représentant plus une fente transversale.

3o Déchirure du col.

4o Déchirure de la fourchette, ou même déchirure du périnée cicatrisée.

Quand les éléments de diagnostic appartenant au groupe A existent tous chez une primipare, le soupçon d'un accouchement secret ayant eu lieu il y a un certain temps est déjà très-vraisemblable.

S'il vient s'y ajouter tous les signes du groupe B ou du moins la plus grande partie d'entre eux, cette haute probabilité devient une certitude, parce qu'aucun autre facteur morbide ne peut donner lieu à un tel complexus symptomatique.

En revanche, n'ont aucune valeur dans le cas présent : les

caractères tirés de la forme et de la couleur des seins, du mamelon et de l'aréole, l'absence de sécrétion lactée, la destruction de l'hymen, la laxité du fond du vagin, l'existence de varicosités et de varices des membres inférieurs, toutes lésions qui peuvent être le résultat de causes étrangères.

La coloration virginale, rosée claire de l'aréole a cependant sa valeur négative. L'existence d'éraillures du derme dans la moitié inférieure de la mamelle a une importance réelle. Il en est de même des vergetures, parce qu'il s'agit en général d'individus jeunes qui ne présentent ordinairement pas les maladies pouvant donner lieu à des stigmates semblables, d'ailleurs l'absence des vergetures n'exclut pas directement la possibilité d'un accouchement.

Malgré ce qu'on a prétendu souvent, la fourchette peut rester intacte à la suite d'un premier accouchement, mais alors sa flaccidité est telle qu'on s'explique très bien que le toucher seul ait méconnu son existence ; il faut procéder à un examen sérieux, en pleine lumière, et en faisant mettre la femme en travers du lit.

La disposition des rides transversales du vagin coïncidant avec le relâchement des parois de ce conduit est un élément diagnostique de grande importance. On n'utilise pas assez la sonde utérine pour se rendre compte des dimensions de la matrice. Souvent cet instrument révèle une augmentation de volume de l'utérus qui a échappé précédemment à l'exploration ventrale, à cause de la flaccidité des parois de l'organe.

Mixture de Startin.

℞ Sulphate de magnesie.............. ℥i
Sulphate de fer........................ ʒi
Acide sulfurique dilué............. ʒij
Teinture de gentiane............... ℥i
Eau.. ℥iij
M.

Deux cuillerées à soupe après chaque repas.

Cette préparation est employée avec le plus grand avantage dans l'érythème multiforme, l'eczèma érythémateux, et l'urticaire.— *Canada Lancet.*

DE L'ACTION DU CHLORAL HYDRATÉ.

Par le Dr. W. M. KIRPATRICK MURPHY.

L'auteur ne donne pas sans réserves son suffrage au nouvel hypnotique. Sans contester la valeur du chloral, il s'élève contre les éloges immodérés dont ce médicament a été l'objet. Qu'on puisse l'employer avec avantage dans les cas aigus, pour donner temporairement un sommeil artificiel, ou pour amoindrir l'intensité de certains symptômes, l'auteur anglais y souscrit; mais il ne le trouve point également applicable aux cas chroniques, et lui reproche d'être alors fréquemment inutile ou même dangereux.

L'hydrate de chloral agit rapidement, quand il agit, mais combien ne rencontre-t-il pas de sujets primitivement réfractaires ou rapidement devenus tels par accoutumance ? Dire qu'il est sans inconvénients est encore moins exact, puisqu'il provoque parfois du délire, et qu'on l'a vu, dans une circonstance, occasionner la mort, bien qu'administré à la dose de deux grammes quarante centigrammes seulement. Que si l'on en poursuit longtemps l'emploi dans une affection chronique, on s'expose à voir survenir des accidents qui varient depuis la paralysie partielle de l'œsophage, dans l'ordre physique, ou l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles, dans l'ordre mental, jusqu'à la paralysie complète ou l'entière imbécilité. Les facultés morales peuvent n'être pas épargnées davantage: la décadence de la conscience et du libre arbitre, l'égoïsme, la duplicité, la fourberie se trahissant d'une façon puérile, sont autant de fruits du *chloralisme*. Ce dernier, quand l'abus du chloral a été excessif, peut être poussé si loin qu'il constitue, à côté de l'alcoolisme chronique, de l'intoxication graduelle des mangeurs d'opium, etc., une entité morbide véritable offrant matière à une description spéciale.

A l'appui de ses assertions, Murphy rapporte trois faits relatifs à des individus qui avaient abusé du chloral durant des mois ou des années. Parmi les symptômes observés sur

ces malades, on peut citer l'incapacité de faire aucun effort, une teinte érythémateuse de la tête et du cou, un état spasmodique des muscles faciaux, la paralysie partielle de l'œsophage, l'affaiblissement de la vüe,la congestion des yeux, le larmoiement, l'exophthalmie, la mydriase, une altération dans la texture des cheveux, des douleurs dans les jambes, de la paraplégie, une tendance à sans cesse augmenter la dose du médicament, de fréquentes nausées après l'ingestion de celui-ci, enfin, lors du réveil, une soif ardente avec sécheresse de la gorge et de la langue, une grande sensibilité nerveuse, des nausées, du vertige, du mal de tête.

Le chloral, remarque l'auteur, agit primitivement sur le cerveau et le système nerveux ; indirectement, quoique presque simultanément, sur le cœur et le système vasculaire. De là, quand on en use avec excès ou mal à propos, une série d'accidents que la théorie permet de prévoir et dont l'expérience confirme la réalité. Conclusion pratique : 1o donner, sauf contre-indication, l'hydrate de chloral dans les affections aiguës lorsqu'on veut produire une action hypnotique ou sédative, occasionnelle ou temporaire ; 2o le bannir, comme insidieux et nuisible, du traitement des maladies chroniques.

Impression héréditaire.

Un fait curieux est arrivé dernièrement à l'Hôpital de Pennsylvanie. Une femme presque mourante d'une brûlure récente, donna naissance à un fœtus de huit mois et demi qui présentait une ecchymose de la surface du corps correspondant exactement aux parties brûlées de la mère. C'est un bel exemple d'impression naturelle dans les derniers mois de la grossesse. L'enfant était sans vie, mais le cœur fœtal avait été entendu quelques heures avant la naissance de l'enfant. Il n'y avait pas de symptômes syphilitiques. L'enfant était d'ailleurs bien conformé.—*Boston Med. and Surg. Journal.*

De l'hymen et de son importance en médecine légale.

Par E. GARIMOND.

Les mots viol, attentat à la pudeur, n'ont une signification nette qu'au point de vue de la criminalité ; ils n'ont pas de représentants analogues dans le language purement médical, et leur valeur est en partie déterminée par la rédaction des articles du Code pénal 330, 331, 332. Ils présentent par cela même une confusion peu facile à éviter.

Pour remédier à cette confusion, les médecins-légistes modernes ont été amenés à faire jouer un rôle excessif à la membrane hymen.

L'absence congénitale de l'hymen est un fait exceptionnel mais incontestable ; cette membrane disparaît d'habitude au moment où les organes de la génération accomplissent le but définitif pour lequel ils ont été formés ; elle est alors ordinairement divisée, déchirée ou détruite en entier.

Or, pour ces auteurs, un attentat commis avec violence en deça de la membrane hymen, serait d'une toute autre nature qu'un attentat commis également avec violence, mais accompagnée de la rupture de la membrane obturatrice, de la défloration en un mot. Le premier attentat n'est qu'un simple attentat à la pudeur, le second est un viol.

Doit-on vraiment séparer des actes de même nature, parce qu'un simple tissu de peu d'importance a été respecté dans un cas, déchiré dans un autre, alors surtout que la membrane peut ne pas exister, soit par suite d'une destruction accidentelle antérieure, soit par suite d'une organisation anormale ? Le professeur Taylor a écrit déjà : " médicalement parlant, une certaine intromission peut exister sans destruction véritable de l'hymen, et, moralement parlant, le crime sera le même, que la membrane hymen soit ou ne soit pas rompue ; car, comment serait-il possible de réprimer ce que la société s'accorde à considérer comme un crime odieux, si l'on admet les experts à discuter les degrés d'intromission pour la constitution du crime ?

M. Garimond cite deux exemples nouveaux d'absence de la membrane hymen. Le premier concerne une enfant normalement conformée, venue au monde depuis quelques heures seulement, et après un travail régulier. Dans un second cas, il s'agit d'une enfant de cinq mois, chez laquelle la membrane hymen manquait en entier, en même temps que les caroncules myrtiformes.

Evidemment l'absence de l'hymen, dans les cas de ce genre, ne permet pas que l'on fasse servir cette membrane à déterminer une limite entre les deux zônes génitales externe et interne, au point de vue médico-légal.

D'autre part, la présence d'un hymen complet, signalée déjà par différents auteurs chez des femmes enceintes, plaide dans le même sens. M. Garimond rapporte un fait de persistance de l'hymen chez une femme mariée depuis plus d'un an et arrivée au terme de la grossesse. N'est-il pas certain que, dans un cas semblable, l'intromission pourrait avoir lieu *avec violence*, sans que l'hymen soit déchiré, sans qu'il y ait défloration.

La défloration ne peut donc pas être prise pour caractéristique du viol.

Pour séparer nettement le viol et les attentats à la pudeur, M. Garimond propose de donner le dernier nom à tous les actes coupables, sur l'un ou l'autre sexe, commis en dehors de la sphère génitale de la femme. La dénomination de *viol* serait réservée, comme le propose d'ailleurs M. Tardieu, à toute violence, de quelque nature qu'elle soit, exercée sur les organes sexuels de la femme.

BOCHEFONTAINE.

NÉVROSES.

SUR UN CAS DE TÉTANIE SURVENUE DANS LE COURS D'UNE PÉRICARDITE RHUMATISMALE.

Il s'agit dans cette intéressante observation d'une jeune fille de treize ans, qui fut prise au mois de novembre 1878 d'une péricardite caractérisée par ses signes habituels. Il y avait au niveau de la région précordiale une vive douleur qui s'irradiait vers l'épaule gauche et jusqu'au bout des doigts. Les battements du cœur étaient tumultueux, le pouls irrégulier. La malade éprouvait une dyspnée considérable et ne pouvait rester couchée sur le côté gauche. La face était anxieuse, et il y avait une tendance à la syncope. A l'auscultation on percevait un frottement double, qui occupait toute la région précordiale. Les parents racontaient que, deux ans et demi auparavant, cette petite fille avait eu une attaque de rhumatisme qui l'avait retenue cinq semaines au lit. Le médecin avait déclaré à cette époque que le cœur était touché. Quatre jours avant l'explosion de la péricardite actuelle, l'enfant avait été de nouveau prise de douleurs articulaires, légères cette fois, et offrant tous les caractères du rhumartisme subaigu. Mais ce n'est pas tout. En même temps que les phénomènes cardiaques étaient survenues des contractions spasmodiques du pouce et des doigts de la main gauche. Bientôt la main droite était prise à son tour. Ces spasmes intermittents se traduisaient par une adduction forcée des pouces, sur lesquels les autres doigts venaient s'appliquer avec force, et cela pendant dix minutes environ. Ces attaques se reproduisaient plusieurs fois par jour. Bientôt la contracture gagne les orteils droits, puis les orteils gauches, puis les articulations du poignet, du cou-de-pied, du genou et du coude. Cet état de choses dura jusqu'au 20 janvier, époque à laquelle les spasmes cessèrent complétement. Le 31 janvier cependant il y eut trois nouvelles attaques légères, qui se répétèrent les jours suivants. Depuis, la situation s'est beaucoup améliorée, mais la contracture reparait de temps en

temps. L'affectiou cardiaque s'est modifiée dans un sens favorable, mais il subsiste un fort souffle systolique à la pointe.

Par exclusion, l'auteur est conduit à considérer le rhumatisme comme le point de départ et la cause des accidents convulsifs observés dans ce cas. Ce fait remarquable mérite d'être rapproché des observations si nombreuses aujourd'hui de chorée rhumatismale.

Dr Beattie Smith.

Sur un cas d'athétose observée chez un enfant ; atrophie de la main et du bras ; pas de paralysie antérieure.

Il s'agit d'un petit garçon de six ans, entré a l'hôpital le 10 septembre dernier. Lorsqu'il est éveillé, il présente des mouvements lents et continuels de la main droite et des doigts. Tous les muscles paraissent contribuer à ces mouvements, mais sans régularité. C'est ainsi que les doigts sont tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension. Parfois les uns sont plus ou moins fléchis, tandis que les autres sont étendus. Une position habituelle de la main est la suivante : l'extrémité du pouce est appliquée contre le centre de la paume de la main, et recouverte par les trois derniers doigts fléchis. L'index, au contraire, est étendu et se meut continuellement. Lorsqu'on demande à l'enfant de soulever un objet, il le fait avec la plus grande difficulté : le pouce vient alors, en effet, s'appliquer contre la paume de la main. C'est entre lui et les autres doigts, convulsivement fléchis, que l'objet est saisi. Mêmes difficultés, lorsqu'il s'agit de lâcher prise. Dans le poignet existent aussi quelques mouvements irréguliers. — Au niveau du pied, la contraction est beaucoup plus limitée. Elle consiste surtout dans une extension du gros orteil, qui fait saillie en haut, tandis que les autres orteils sont irrègulièrement fléchis.

Une mensuration pratiquée avec soin a permis de constater du côté malade une diminution notable de la circonférence du bras et de l'avant-bras. La paume de la main est également atrophiée et diminuée de longueur. La jambe droite est aussi plus mince que la jambe gauche. Seule, la

cuisse présente une circonférence légérement supérieure. A cette exception près, les membres du côté malade offrent dans toute leur étendue un certain degré d'atrophie.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas d'hémiathétose, c'est que l'*enfant n'a jamais présenté de paralysies ni de convulsions*. La mère, qui est très intelligente, est, parait-il, absolument affirmative sur ce point. La maladie aurait débuté vers l'âge de deux ans, à la suite d'une légère brûlure de l'index. En quelques semaines, les symptômes avaient acquis au niveau de la main l'intensité qu'ils offrent aujourd'hui. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que le pied s'est pris à son tour. (THE GLASGOW MEDICAL JOURNAL, octobre 1880.)

OBSERVATION D'ATHÉTOSE ; MORT ; AUTOPSIE.

Un jeune garçon de 17 ans était devenu épileptique vers l'âge de 13 ans. Ce n'est que depuis six mois qu'il s'était aperçu d'une faiblesse des membres du côté gauche. Bientôt après apparaissaient les mouvements spéciaux de l'athétose. Ces mouvements étaient caractérisés de la manière suivante. Lorsque le malade était assis, il tenait sa main gauche (celle qui était atteinte) avec sa main droite. Lorsqu'on lui faisait quitter cette position, le bras tout entier se mettait à osciller, et la main était le siége de mouvements plus ou moins lents. Le pouce était dans l'extension, les autres doigts fléchis, surtout l'index et le médius ; la position des doigts changeait de temps en temps. Lorsque le patient étendait la main et le bras, les mouvements s'accentuaient davantage. De temps en temps une contraction brusque du triceps projetait le bras en arrière ; d'autres fois c'était le biceps qui le lançait en avant. Tous ces phénomènes cessaient pendant le sommeil. La sensibilité était diminuée du côté malade, et il y avait un peu d'atrophie des deux membres, sans raccourcissement cependant.

A la suite d'une nouvelle série d'attaques épileptiformes, le malade s'éteignit peu à peu dans le coma. A l'autopsie, on trouva la dure-mère congestionnée, mais non adhérente. Le

liquide sous-arachnoïdien, plus abondant que de coutume, présentait une coloration trouble. Les vaisseaux de la surface de l'encéphale étaient congestionnés, et la pie-mère fortement injectée. Les méninges n'offraient toutefois ni épaississement ni opacité.

L'examen histologique, pratiqué par M. Marsh, permit de constater les lésions suivantes :

1° Augmentation considérable du nombre des vaisseaux ;

2° Distension de beaucoup de ces vaisseaux ;

3° Infiltration du tissu par des leucocytes, très marquée dans les gaines périvasculaires.

Ces modifications étaient surtout appréciables au niveau de la substance grise du lobule pariétal inférieur droit et de la première circonvolution temporo-sphénoïdale. Sur beaucoup de points, les leucocytes étaient tellement abondants qu'ils oblitéraient complètement la lumière des vaisseaux, dont plusieurs contenaient en outre des caillots. Les cellules nerveuses, en général, étaient intactes. A gauche, au niveau du lobule pariétal inférieur de la première circonvolution temporo-sphénoïdale et de la zone occipitale, on trouvait également des leucocytes en excès, mais pas d'augmentation notable des vaisseaux.

Dr Gaston Decaisne.

Congrès Médical International.

La septième session du Congrès Médical International sera tenue à l'Université de Londres, du 3 au 9 août 1881, sous la présidence de Sir James Paget, et sous le patronage de Sa Majesté la Reine et de Son Altesse Royale le Prince de Galles. Il y aura quinze Sections pour les travaux du Congrès. Ceux qui ont l'intention de faire quelques communications scientifiques sont priés d'en fournir des extraits aux Secrétaires des sections respectives avant le 30 avril prochain. Il faut adresser toutes les communications à Wm. McCormac, Secrétaire-général, 13, rue Harley, Londres.

Développement des alcalis cadavériques.

Au cours de la décomposition cadavérique, il se forme certaines substances alcalines que l'on a nommées *ptomaines*. L'existence des ptomaines à été contestée ; c'est à tort, et pour appuyer notre manière de voir, nous allons rechercher et démontrer la présence des ptomaines : 1° dans les viscères d'individus morts en dehors de tout empoisonnement ; 2° dans les viscères d'individus morts par empoisonnement

Sans rapporter ici les nombreuses expériences auxquelles nous nous sommes livrés, nous nous bornerons à faire connaître les deux faits suivants qui prouvent sûrement qu'il se forme des ptomaines :

A. — Les organes d'un individu asphyxié par l'oxyde de carbone sont analysés quelques heures après la mort ; on les trouve exempts de poison. On examine huit jour après les mêmes viscères et l'on constate qu'ils contiennent une base organique solide présentant les caractères généraux des alcaloïdes, et capable de tuer à petite dose les grenouilles et les cobayes. Il est donc certain que la putréfaction donne naissance à des alcaloïdes organiques, même en dehors de tout fait d'empoisonnement.

B. — Dans le second cas, nous découvrons une ptomaine vénéneuse chez un sujet empoisonné par de l'acide arsénieux, et nous nous trouvons par ce point en parfait accord avec M. le professeur Selmi, de Bologne, qui rencontre la même ptomaine chez deux individus morts aussi par intoxication arsénieuse. L'on voit que la formation des ptomaines peut avoir lieu aussi bien chez l'individu mort sans ingestion de poison que chez celui qui a été intoxiqué, même quand le toxique présente, comme l'acide arsénieux, des propriétés antiseptiques énergiques.

On prévoit dès ce moment l'importance des ptomaines dans les cas d'expertises médico-légales et l'intérêt que présente l'étude de leur mode de formation, de leur nature, de leur composition ; et, dans le cas d'une recherche ordonnée par

la justice, des moyens à employer pour s'opposer à leur production dans le laps de temps qui s'écoule inévitablement entre l'autopsie et le moment où l'on procède à l'analyse des viscères.

Voici les premiers résultats auxquels nous sommes arrivés en nous engageant dans cette voie :

Les propriétés générales des ptomaines sont celles des alcaloïdes organiques et, le plus souvent, leur action toxique ne le cède en rien à celle de nos poisons les plus énergiques.

Il existe plusieurs ptomaines distinctes qui présentent une différence complète d'ordre chimique et d'ordre physiologique. et, pour ne parler ici que d'un seul point de cette question, certaines d'entre elles sont des poisons violents, tandis que d'autres ne sont pas toxiques. On peut dire d'une manière générale que les ptomaines sont vénéneuses 6 fois sur 10.

Chaque cas de putréfaction ne paraît pas donner naissance à des ptomaines distinctes, car nous avons retrouvé le même alcaloïde dans les cadavres d'individus morts dans des conditions absolument différentes. L'expérience a permis, par xemple, de constater l'existence de la même ptomaine chez deux individus intoxiqués, le premier par l'oxyde de carbone, le second par l'acide prussique.

Les ptomaines sont le plus souvent volatiles ; cependant il peut exister des cas où elles présentent de la fixité. Nous avons retrouvé, en effet, une ptomaine analogue à la vératrine dans un cadavre qui avait séjourné dix huit mois dans les eaux de la Seine, et nous en avons rencontré une autre dans une oie qui avait supporté l'action de la chaleur nécessaire à la cuisson.

Les ptomaines, ou au moins certaines ptomaines, sont toxiques pour l'homme. On a, en effet, constaté que douze personnes qui avaient dîné avec une oie corrompue et renfermant une ptomaine liquide, analogue à la cornéine, ont éprouvé tous les symptômes d'un grave empoisonnement, l'une d'elles a même péri en quelques heures après des nausées et des vomissements nombreux et sans qu'il existât un autre fait

que l'absorption de la ptomaine pour expliquer la mort. On peut donc conclure de là que les ptomaines peuvent déterminer la mort de l'homme comme elles le font pour les animaux. Il n'est pas nécessaire d'un temps considérable pour que les ptomaines prennent naissance, puisque dans ces derniers exemples l'oie avait été achetée au marché, le matin même du jour où a eu lieu l'empoisonnement et avait subi l'inspection réglementaire. Le fait de l'individu mort par asphyxie. et chez lequel les ptomaines apparaissent au bout de huit jours, est également une preuve de la rapidité avec laquelle s'engendrent les ptomaines.

D'après nous, l'un des obstacles les plus efficaces à opposer à la formation des ptomaines est le refroidissement, et l'on dispose en ce moment à la Morgue de chambres à air glacé dans lesquelles les cadavres seront conservés sans altérations nouvelles jusqu'au moment où l'on pourra procéder à l'expertise. Ce sont là les premiers résultats du travail long et difficile que nous venons d'entreprendre ; les faits s'accumuleront et leur variété permettra sans aucun doute de résoudre les difficultés sérieuses qu'a fait naître pour l'expertise médico-légale la découverte des ptomaines.

P. BROUARDEL.

Recherche du sang dans l'urine.

Par ALMEN.

On mêle dans un tube à essai quelques centimètres cubes de teinture de gayac avec un volume égal d'essence de térébenthine ; on agite pour former une émulsion, et on verse l'urine de manière à la faire tomber sur la partie inférieure du vase. Une décomposition spéciale ne tarde pas à se manifester ; le teinture de gayac produit rapidement un précipité blanc, puis jaune sale ou vert. Mais si on ajoute une trace de sang à l'urine, on voit la teinture se colorer en bleu plus ou moins intense et souvent même en indigo. Cette teinte ne se développe pas avec l'urine normale ni avec celle qui renferme du pus ou de l'albumine ; elle n'a lieu qu'en présence du sang.

E. HARDY.

La mort par congélation.

Que l'homme adulte bien vêtu et dans les conditions normales puisse supporter les degrés de froid les plus rigoureux, c'est là un fait prouvé par les expéditions polaires, dans lesquelles ceux qui y ont pris part, ont été exposés pendant un temps assez long à un froid de 40° à 50° centigrades, sans que personne ne soit mort de froid. Par contre il est prouvé que dans certaines circonstances la force de résistance contre le froid est diminuée, de sorte que des degrés de froid même insignifiants et même des températures plus élevées que le point de congélation, peuvent déterminer la mort.

De ces circonstances nous citerons en premier lieu l'âge de l'individu. Les enfants, surtout les nouveau-nés, sont très sensibles au froid. Pour ces derniers, s'ils sont exposés au froid, comme cela arrive souvent, sans vêtements et la peau humide, un degré de température de l'air, n'atteignant même pas le point de congélation, surtout si l'air est agité, produit un refroidissement du corps assez fort pour entraîner la mort. Nous devons admettre également que des personnes vieilles et affaiblies, chez lesquelles les processus, donnant naissance à la chaleur, sont peu actifs, peuvent facilement succomber au froid, tandis que les individus jeunes, forts, bien nourris et surtout possédant un fort coussinet graisseux, peuvent supporter avec facilité des degrés de froid très élevés. Mais c'est surtout la maladie, ainsi que l'épuisement par la faim ou la fatigue, qui diminuent la force de résistance au froid et favorisent la mort par congélation. Il faut accorder la même action à des influences morales dépressives, comme le montrent les malheurs de la retraite de Russie de l'armée française.

Il est évident que le sommeil diminue la force de résistance au froid ; mais on a pu observer, par un grand nombre de cas, que le sommeil, pendant lequel les individus sont surpris par la congélation, n'est pas normal et est dû en partie à la fatigue ou à l'affaiblissement, en partie à la som-

nolence que provoque le froid lui-même. Wrangel (1) a vu un nombre incalculable de fois les Jakutes dormir tranquillement à l'air libre par un froid de 20° R. Une couverture de cheval étendue sur la neige leur sert de lit, la selle en bois d'oreiller. Ils se couvrent le dos avec leur fourrure, tournent la partie antérieure de leur corps vers le feu, bouchent les oreilles et le nez avec du coton et recouvrent leur figure en ménageant une petite ouverture pour la bouche.

Il est difficile de dire jusqu'à quel point un habillement insuffisant expose à la congélation. L'opinion répandue depuis longtemps que l'abus de l'alcool diminuait la force de résistance au froid, a trouvé une confirmation dans les observations récentes qui ont montré que l'alcool en petite ou en grande quantité rabaissait la température du corps : Le danger croît le plus souvent avec l'ivreesse.

On a institué un grand nombre d'expériences (2) pour se rendre compte des phénomènes qui se passent dans l'organisme, après l'action d'un froid intense. Tous les observateurs ont remarqué avant tout une contraction des vaisseaux de la peau, donnant lieu à une congestion des organes internes (cœur, poumons, cerveau), et regardée par la plupart des auteurs comme la cause principale de la mort. Il nous semble cependant, que la contraction des vaisseaux de la peau sous l'action du froid n'est que passagère et fait place plus tard à une diminution de la tonicité des vaisseaux (paralysie des vaisseaux), car la peau n'est pâle qu'au début et plus tard elle est le plus souvent livide, comme nous pouvons nous en convaincre sur nous-mêmes en hiver. Et sous ce rapport

(1) Wrangel' *Reise nach Russieh-Siberien.*

(2) Outre les travaux de Krajewsky, Blosfeld, Samson-Himmelstiern, Dieberg, Hœche, Ogston, nous citerous ceux de Pouchet (*Med. Times*, Déc. 1865) ; — Crecchio, *Della morte pel freddo*, (*Morgagni*, 1866), — Beck, *Ueber den Einifluss der Kälte* (*Deutsche Klinik*, 1868, n° 6-8) ; — Vertheim, *Ueber Erfrierung* (*Wr. med. Wochenschr.*, 1870, n° 19-23) — Horwarth *Beiträge zur Wärme inanitia.* (*Allg. Wr. med. Ztg.* 1870, n° 38 et 41).

notre opinion concorde avec les recherches de Horwath qui a montré que le froid paralysait surtout les muscles lissés et cela à un moment où les muscles striés conservent encore leur contractilité. On peut également rapporter à une paralysie des vaisseaux les stases veineuses et l'œdème local que Beck a observés dans ses expériences, de même que les autres symptômes généraux, tels que faiblesse des battements du cœur, anxiété précordiale, diminution de la pression sanguine et de la respiration, augmentation de la quantité de carbone excrétée (Wertheim) et la léthargie pendant laquelle survient la mort. Pouchet a trouvé que le froid détruisait les globules du sang, et qu'il y avait d'autant moins d'espoir de sauver un congelé que la quantité de globules détruits par le froid était plus grande. Crecchio a signalé l'action mortelle du froid sur les nerfs et Horwarth sur les muscles ; ce dernier fait remarquer avec raison que dans l'appréciation des effets du froid il faut prendre en considération non seulement la température du milieu ambiant, mais encore le degré de réfrigération du corps qui va en diminuant du dehors en dedans ; il a observé qu'un cœur de grenouille congelé jusqu'à la dureté d'une pierre, recommençait à battre quand on le réchauffait. tandis que si les muscles étaient refroidis de part en part jusqu'à 5° centigrades leur contractilité disparaissait complétement (1)

Quant aux signes que présentent les cadavres des individus congelés nous ferons remarquer, que la rigidité de congélation du cadavre ne prouve pas que l'individu soit mort de froid, car ce phénomène peut ne se montrer qu'après la mort, que celle-ci soit le résultat du froid ou d'une autre cause. La disjonction des sutures du crâne, que Krajewski a plusieurs fois observée sur des individus congelés, est un phénomène qui s'explique également par la dilatation du cerveau congelé et riche en eau. Certains observateurs (Ogston) ont trouvé sur le cadavre des congelés, une coloration rouge clair de la peau (taches cadavériques), ils ne disent pas s'ils

(1) *Med Centralbl.*, 1873, p. 33.

ont trouvé ces taches d'un rouge clair sur des cadavres observés peu de temps après la mort. Si elles ne se montrent, comme cela est probable, que sur des cadavres dégelés, elles ne prouvent en rien la mort par la congélation, car nous avons observé les mêmes signes sur les cadavres des noyés ou sur ceux qui ont été conservés dans une glacière, parce que l'eau, traversant l'épiderme, apporte de l'oxygène au sang contenu dans les hypostases et le colore en rouge clair, tandis que les hypostases ordinaires offrent la couleur livide connue et due à du sang privé d'oxygène (hyperveineux).

La coloration rouge clair du sang dans les organes internes, signalée par Blosfeld, Ogston et de Crecchio, mais non constante d'après d'autres auteurs (Samson-Himelsstirn), peut n'être due qu'au dégel du corps ; nous avons pu nous convaincre au moins que le sang gelé ne se distinguait du sang normal ni par sa couleur ni par ses caractères spectroscopiques, ni par ses réactions chimiques. Les phénomènes de stase dans la circulation veineuse, ou les hyperémies de certains organes, que l'on trouve sur certains cadavres gelés, ne sont pas caractéristiques. Il s'ensuit donc de ce que nous avons dit qu'il n'y a pas un seul signe qui par lui-même ou par lui seul soit capable de prouver la mort par congélation, de sorte que le diagnostic ne peut se tirer que des circonstances particulières du cas et par exclusion d'un autre genre de mort.

Blosfeld et Brucke prétendent que la raideur cadavérique des gelés peut persister après le dégel, assertion qui est combattue par d'autres auteurs (Sommer).

Les cadavres dégelés se putréfient rapidement, et ce sont surtout les phénomènes d'imbibition et de transsudation qui sont les plus prononcés. Casper-Liman ont déjà fait remarquer que si l'on trouve dans la neige ou dans la glace un cadavre déjà en voie de putréfaction, on peut en conclure avec certitude, que cet homme n'est pas mort de congélation, car un cadavre couché dans la neige ou la glace ne se putréfie pas. Cette assertion est juste en général ; il ne faudra pas oublier

cependant qu'un individu peut réellement avoir été gelé, dégelé pendant une température plus douce et être entré en putréfaction à ce moment, puis avoir été recouvert de neige et gelé une seconde fois. Il y aura donc lieu, dans ces circonstances, de prendre en considération les variations de la température.

La mort par congélation, si fréquente dans les pays du Nord, s'observe rarement dans nos régions. Nous ne connaissons pas de cas de suicide par congélation. Par contre on rencontre quelquefois le meurtre par exposition à un grand froid de personnes hors d'état de se défendre, surtout de petits enfants et de nouveau-nés ; nous avons déjà dit à propos de ces derniers qu'un degré de froid assez minime suffit pour amener leur mort.

E. HOFMANN.

Du traitement des hémorrhoïdes par l'injection de teinture de perchlorure de fer.

Par W. COLLES.

Colles n'admet pas que les hémorrhoïdes soient formées par des varices. Le sang qu'elles contiennent, dit-il, ne ressemble en rien au sang veineux . il est rutilant, et présente tous les caractères du sang artériel. De plus, si on examine le rectum après une extirpation d'hémorrhoïdes, on aperçoit de petites artères coupées, et présentant des battements caractéristiques. Partant de là, il est conduit à considérer la maladie dont il s'occupe, comme l'analogue des nævus des enfants et des tumeurs érectiles artérielles des adultes. Aussi emploie-t-il le même traitement que pour celles-ci ; une injection de perchlorure de fer pratiquée avec une seringue de Pavraz.

Dans une observation qu'il publie on avait employé sans succès l'acide nitrique, et une injection de perchlorure de fer amena la guérison radicale de la maladie.

Bibliographie.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE MÉDECINEL LÉGALE, par le professeur E. HOFMANN (de Vienne), traduction par le docteur EMMANUEL LÉVY; introduction et commentaires, per le professeur P. BROUARDEL, 1 vol. in-8o de VIII — 818 pages.—Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1881.

Le traité du professeur Hofmann offre tant de points de vue nouveaux que nous ne saurions, eu égard à la place accordée à un simple compte rendu bibliographique, l'analyser dans les détails. Il nous suffira pour aujourd'hui d'indiquer sommairement le plan général de l'ouvrage et d'en apprécier l'exécution, la méthode et l'esprit, nous réservant, dans des revues périodiques que la *Gazette Médicale* consacrera désormais aux questions actuelles de médecine légale, de faire connaître à nos lecteurs,quelque fois peut-être pour les discuter, les opinions du célèbre professeur de Vienne et celles de son savant commentateur français, M. le professeur Brouardel.

Jusqu'ici la plupart des traités de médecine légale, tous peut-être, s'imprégnaient beaucoup trop d'une certaine teinte juridique. Aussi ne semblaient-ils faits que pour le pays auquel l'auteur adressait son travail. Et si le traité de Casper a été traduit en français, celui de Taylor et celui de bien d'autres médecins légistes étrangers n'ont pas eu cet honneur. Le livre d'Hofmann présente peut-être pour la première fois cette marque caractéristique d'être une œuvre presque exclusivement médicale. En effet, Hofmann "n'a indiqné de la législation des différents peuples que ce qui est indispensable, mais il n'a jamais discuté l'interprétation de la loi, la jurisprudence des tribunaux et des cours, En cela il a eu raison. Le médecin légiste peut et doit connaître la loi, mais il n'a pas autorité pour l'interpréter ou pour la discuter." (P. Brouardel, introduction).

En outre, Hofmann, l'un des premiers, a fait bénéficier la médecine légale de la méthode expérimentale. " Je ne me suis pas seulement efforcé, dit-il, de baser mes idées sur mon

expérience propre et sur celle des autres, mais j'ai encore employé, chaque fois que la chose était nécessaire, la voie expérimentale, cette voie, comme pour les autres branches de la médecine, mérite d'être suivie ; elle a donné les meilleurs résultats dans l'étude de la médecine légale, elle devrait être plus souvent utilisée qu'on ne l'a fait jusqu'à présent."

Ce passage, on le voit, renferme à la fois une critique pour le passé et un programme pour l'avenir.

Est-il nécessaire de prendre la défense du passé, et de montrer combien il est difficile, quand on aborde des régions inexplorées, quand on cherche à poser des jalons, de ne pas s'égarer quelquefois ? La médecine légale, dans ses diverses branches, doit assurément beaucoup à Tardieu ; il a frayé des voies. C'est en frayant des voies, il est vrai, que l'on risque de se tromper. Mais ce sont là des erreurs que l'on pourrait presque appeler heureuses, car elles empêchent vos successeurs de vous suivre, et peuvent faciliter la découverte du bon chemin, celui de la vérité. François Bacon l'avait dit déjà : *ex errore citiius emergit veritas quam ex confusione.* Donc ne jetons pas la pierre aux pionniers de la science. Nos pierres, apportons-les plutôt au monument qu'ils ont laissé inachevé ; continuons l'œuvre interrompue de nos devanciers sans les blâmer de ne pas avoir couronné l'édifice commencé ; *Ars longa, vita brevis ;* et encourageons les nouveaux venus à persévérer dans l'examen indépendant des questions dont on croyait posséder la solution. Qu'ils rectifient les erreurs ! Ils éclaireront ainsi bien des points obscurs, et mériteront les suffrages de la postérité.

Que sont devenus maintenant les antiques traités de Teichmeyer et de Faselius, de Plenk, d'Haller, de Remer, etc. ? Où sont même les traités plus récents de Fodéré, d'Eusèbe de Salles, d'Orfila, de Devergie ? Nous avions beaucoup mieux déjà depuis plus de trente ans ; depuis Brierre de Boismont et Briand et Chaudé, et surtout depuis Legrand du Saulle, Lacassagne, Lutaud, sans oublier les nombreuses et intéressantes monographies de Tardieu, non plus que les travaux de Tourdes, etc. Aujourd'hui le progrès s'accentue.

Les *Nouveaux éléments de médecine légale* d'Hofmann comprennent deux grandes divisions : la première a pour titre *Partie matérielle ;* la deuxième sous le nom d'*Articles des lois*, s'occupe des formalités à suivre dans les expertises, du choix des experts et des devoirs du médecin légiste.—C'est la première partie qui l'emporte de beaucoup sur la deuxième et par son importance propre au point de vue scientifique et aussi par son étendue. C'est la première partie qui mérite surtout d'attirer l'attention du médecin.

Elle comprend quatre sections :

Dans la première, sous le titre d'*Aptitude à la procréation*, sont traitées les questions relatives à l'impuissance sous ses différentes formes chez l'homme, à la stérilité chez la femme, et à la question de l'hermaphrodisme.

La deuxième section qui renferme peut-être les parties les plus originales de l'ouvrage, est consacrée aux attentats aux mœurs et à la pudeur, viols, rapports sexuels contre nature, etc.

Vient ensuite une troisième section intitulée *grossesse et accouchement ;* les signes, la durée et les anomalies de la grossesse, puis les signes de l'accouchement, et enfin les signes et les causes de l'avortement y sont exposés avec une clarté, une netteté trés méritoire chez un Allemand.

Enfin dans la quatriéme section, de beaucoup la plus longue, Hofmamn s'occupe des attentats contre la santé et contre la vie. Ici les chapitres sont nécessairement beaucoup plus nombreux.

Après l'étude des différents traumatismes au point de vue médico-légal, contusions, plaies diverses, etc., Hofmann consacre un chapitre spécial au suicide ; l'examen des taches de sang, des cheveux, de la substance cérébrale, etc., occupe ensuite l'attention de l'autenr. Puis vient un chapitre relatif aux divers modes d'asphyxie (strangulation, pendaison, submersion), chapitre on ne peut mieux traité. Le professeur Hofmann n'a garde de négliger la mort par inanition, par insolation, par fulguration et par congélation.

Nous arrivons aux empoisonnements, tout en regrettant que les poisons n'aient pas été un peu classés en divers groupes, ce qui faciliterait l'intelligence de ce long chapitre et viendrait en aide à la mémoire du lecteur, on constatera que non-sulement les symptômes, mais aussi et surtout les lésions anatomiques qui sont la conséquence de l'ingestion d'un grand nombre de poisons, sont parfaitement décrits, et avec beaucoup de précision. Ni les poisons mécaniques (verre pilé), ni les poisons organisés (maladies zimotiques, entozoaires, parasites) n'ont été oubliés. Et cependant ce n'est pas un traité complet de toxicologie que l'on trouvera dans cet ouvrage.

Un chapitre généralement omis dans les traités de médecine légale a pour objet les attentats à la vie et à la santé par violence psychique (peur, violences morales).

Mais la partie qui nous a paru la plus intéressante dans le livre si remarquable du professeur Hofmann est celle où sont étudiées les diverses questions relatives à l'infanticide.

La docimasie pulmonaire, les présomptions sur la vie de l'enfant tirées de la présence de l'air dans la caisse du tympan (d'après les épreuves de Wend et de Wreden) les signes tirés de la quantité de sang contenue dans les poumons, les caractères extérieurs aussi bien que les signes internes de l'*état du nouveau-né* constituent autant d'articles spéciaux.

La recherche et l'appréciation des causes de la mort de l'enfant par cessation de la respiration placentaire, par compression de la tête, par défaut de viabilité, par violences volontaires ou par omissions de secours, terminent l'étude de l'infanticide.

Enfin l'exposé des signes de la mort vient clore la partie médicale de cet ouvrage.

Avec le professeur Hofmann nous formulerons le regret de n'y pas voir traitée dans ce live la *psychopathologie*.

L'Absence d'un chapitre consacré aux maladies mentales et comprenant la question de responsabilité et celle de la faculté de disposer est une lacune considérable dans un livre

de cette importance. Et néanmoins voilà un ouvrage qui sera consulté et étudié avec beaucoup de fruit par nos compatriotes. Aussi ne dois-je pas négliger de mentionner l'attention qu'on a eue de mettre toujours, en regard des divers articles de la législation autrichienne, les articles correspondants de la législation prussienne et ceux de la législation française.

Le traducteur, M. Emmanuel Lévy, mérite aussi nos éloges pour la lucidité de sa traduction et pour les nombreuses additions qu'il a faites au texte allemand, en ayant le soin de mettre entre deux crochets les passages qu'il a ajoutés.

Mais c'est surtout à M. le professeur Brouardel que le public médical français doit ses remerciements. Quel désintéressement trop rare dans la science, ne lui a-t-il pas fallu en effet pour se résigner à publier sous forme de commentaires au livre d'un autre le résultat de ses recherches personnelles. Car ses commentaires constituent pour ainsi dire un nouvel ouvrage ; à propos de chacun des chapitres, et à propos de la plupart des articles du livre d'Hofmann, M. Brouardel a traité à son point de vue la même question, ici rectifiant, ou corroborant les assertions d'Hofmann, et ailleurs ajoutant, complétant le texte ou comblant des lacunes.

L'ensemble de ses commentaires occupe près de deux cents pages. On y trouvera consignées les observations de M. Brouardel relatives au viol et aux modifications des organes sexuels chex les pédérastes ; les recherches nouvelles sur les ecchymoses sous-pleurales ; on y trouvera aussi la récente étude sur la submersion, communiquée récemment à la Société de Médecine légale de France par MM. Brouardel et Ch. Vibert.

Enfin, Hofmann n'en ayant rien dit, on trouvera encore dans les additions un résumé en quelques pages de l'état actuel de nos connaissances sur ces singulières substances alcalines développées au cours de la décomposition cadavérique, et que M. le professeur Selmi, de Bologne, a le premier

décrites sous le nom de ptomaines (1). M. Brouardel, qui supprime le tréma et appelle ptomaines ces alcaloïdes (2), a exposé succinctement les recherches qu'il a faites en commun avec M. Boutmy "sur les conditions dans lesquelles se développent les alcaloïdes cadavériques."

Combien, à la place de M. Brouardel auraient craint d'aliéner leurs richesses en les prêtant à des travaux étrangers. Ils auraient mieux aimé publier pour leur propre compte un traité *ex professo*. S'il a eu une pareille tentation, M. Brouardel n'y a pas succombé. Aussi ne pouvons-nous qu'admirer une abnégation aussi rare. Et cependant, ce traité complet, le titulaire de la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris nous le doit, et nous sommes en droit de l'espérer très original. Mais avec la prudence du véritable savant, le professeur veut sans doute attendre que les résultats accumulés de son observation, de ses expériences, de ses recherches individuelles, soient plus nombreux et complétement démonstratifs. Et pour aujourd'hui nous ne pouvons que remercier vivement M. Brouardel d'avoir su augmenter à un si haut degré l'intérêt qu'offrait déjà par lui-même le livre du professeur de Vienne.

D. Paul Fabre (de Commentry).

Traitement des fistules à l'anus par la ligature élastique.

LEÇON CLINIQUE DE COURTY.

Les recherches de Grandesso Silvestri de Padoue, et de Dittel de Vienne, sur les propriétés ulcérantes du caoutchouc, ont donné à l'auteur l'idée d'appliquer cet agent constricteur au traitement des fistules anales.

L'avantage considérable de ce procédé est de rendre inutile

(1) Voir dans la *Gazette Médicale* de 1878 (numéros 26 et 38) deux articles de M. Albert Robin et une lettre de M. Selmi sur cette intéressante question.

(2) Il eût été peut-être plus simple et toujours aussi exact, au point de vue étymologique, de leur donner le nom de *cadavérine*.

toute surveillance après l'opération, sans que l'on ait à craindre d'accidents consécutifs. Ainsi, aucun des malades que cite M. Courty n'a eu d'hémorrhagie, fort peu ont souffert; tous, dès le lendemain ou le surlendemain, pouvaient vaquer à leurs affaires ; quelques soins de propreté et l'emploi de laxatifs légers sont les seules précautions à prendre. Dix observations fort complètes montrent les résultats avantageux et l'innocuité de cette méthode. Dans presque tous les cas, la section des parties molles s'est produite au bout d'une dizaine de jours, et la cicatrisation complète a été obtenue en deux semaines.

NECROLOGIE.

Le Dr P. Beaubien—La profession médicale de Montréal vient de perdre son doyen et aussi l'un de ses membres les plus distingués.

Le Docteur Pierre Beaubien, qui est décédé dimanche matin le 9 janvier courant, à Outremont, chez son fils l'honorable Louis Beaubien, était fils de Jean Louis Beaubien et de Marie Jeanne Manseau.

Né le 13 août 1796, à St. Antoine de la Baie du Febvre, il était donc âgé de près de 85 ans.

Il fit ses études classiques au collége de Nicolet, puis passa en France et reçut à Paris le 27 mai 1819 le diplôme de bachelier ès-Lettres.

Ayant embrassé la carrière médicale, il resta dans cette ville pour y suivre les leçons des grands maîtres d'alors. Il s'y distingua surtout par des succès brillants dans l'étude de l'anatomie.

Il prit sa première inscription en octobre 1817 et obtint le diplôme de docteur en médecine le 16 août 1822.

Il voyagea pendant quelque temps en Europe, visita la Suisse, l'Italie, et quitta la France en 1827 pour venir s'établir à Montréal. Il épousa à Québec, le 11 mai 1829 Dame Justine

Casgrain, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière Ouelle et venve du Docteur McGuire. Il représenta dans l'Assemblée Législative du Canada-Uni la ville de Montréal de 1841 à 1844 et le comté de Chambly de 1848 à 1851.

En 1849 il fut nommé Professeur de Pathologie interne à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et donna les cliniques médicales, à l'Hôtel-Dieu, pendant plusieurs années. Ses vastes connaissances dans toutes les branches de la médecine en firent un professeur distingué et lui permirent de rendre de grands services dans nos cours d'assises, comme médecin légiste.

Il possédait admirablement bien aussi l'anatomie pathologique, et c'était un avantage également apprécié des élèves et des médecins que celui d'être admis à assister aux différentes autopsies qu'il faisait de temps en temps. Avant l'établissement de nos écoles de médecine, le Docteur Beaubien en avait déjà formé une dans laquelle il enseignait l'anatomie. C'est elle qui fut le point de départ des efforts faits depuis pour répondre au besoin de l'instruction médicale dans notre pays, cher d'aller à cette fin nos jeunes gens à l'étranger.

Son grand âge le forçant d'abandonner son professorat en 1875, il se retira de l'Ecole, avec le titre de Professeur Emérite et celui de Doyen.

Mais il continua jusqu'à sa mort, à visiter les prisons de Montréal dont il fut nommé le médecin en 1853 par Sir George Cartier, alors Solliciteur Général pour le Bas-Canada.

Il laisse trois enfants, l'honorable Louis Beaubien, M. P. P. pour le comté d'Hochelaga et ex-orateur de l'Assemblée Législative, le Révérend Messire Charles Beaubien, curé de la Côte St. Paul, et une fille, en religion Sœur Marie Alfred, à la Congrégation Notre-Dame.

Extrait du procès verbal d'une assemblée spéciale de

l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal convoquée aussitôt après la mort du Docteur Beaubien.

Résolu unanimement ;

1o. C'est avec la plus vive douleur que l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a appris la mort de son vénérable Doyen, Monsieur le Docteur Pierre Beaubien ;

2o. L'Ecole conservera toujours le souvenir de son digne Professeur dans la chaire de Pathologie Interne ; elle s'énorgueillera également des lauriers qu'il a cueillis, à Paris, dans l'étude de l'Anatomie Pathologique et des grands services qu'il a rendus dans nos cours de justice, comme médecin-légiste ;

3o. L'Ecole se plait surtout à reconnaître son zèle et son dévouement pour elle, et à exprimer son admiration pour la vie si chrétienne dont il lui a toujours donné le bel exemple ;

4o. Comme preuve de leurs regrets et de leurs sympathies pour la famille, les professeurs porteront le deuil pendant trois mois ;

5o. Les présentes résolutions seront publiées dans les journaux et une copie en sera expédiée à Madame Beaubien, avec une lettre de condoléance, par le Président de l'Ecole.

(Signé,) THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.,
Président.

" J. EMERY-CODERRE, M. D.,
Secrétaire.

Sur la présence du cuivre dans l'organisme.

Des recherches très-exactes faites sur quatorze cadavres, dont l'origine était parfaitement connue, ont amené MM. Bergeron et L'Hôte à cette conclusion, que le corps humain renferme normalement du cuivre localisé dans le foie et les reins. On a trouvé de 1 milligramme à 3 milligrammes de cuivre. Le cuivre à été également recherché dans les foies provenant de six fœtus, et dans tous la présence de ce métal a été constatée.

Ce cuivre préexistant dans l'organisme serait apporté, sans aucun doute, par l'alimentation. L'emploi de la vaisselle de cuivre, les aliments, le contact journalier d'objets de cuivre et de monnaies de billon, etc., introduiraient dans nos organes des traces de cuivre dont la plus grande partie est éliminée ; mais il reste fixé, à un état de combinaison non encore définie, une petite quantité de cuivre dans le foie et dans le rein, et cela quels que soient l'âge, le sexe, les conditions d'existence.

M. DUVAL.

Gastrotomie pratiquée avec succès pour une invagination intestinale ; remarques sur cette opération et sur les autres méthodes de traitement.

Par JONATHAN HUTCHINSON.

Petite fille de deux ans, traitée à London Hospital en 1871. A son arrivée on constate la saillie hors de l'anus d'une portion d'intestin très-congestionné, longue de deux pouces, qui est reconnue pour le cœcum avec la valvule iléo-cœcale. Le doigt n'atteint pas la limite supérieure de l'invagination. En examinant l'abdomen extérieurement on trouve, sur le trajet de la portion invaginée, s'enfonçant du côté gauche, comme un long et ferme saucisson (*like a long firm sausage*).

Le début des accidents remontait à un mois ; il y avait eu des vomissements et des selles sanglantes. Depuis quinze jours l'intestin était sorti au dehors, et avait pu être réduit plusieurs fois et maintenu par une pelote de liége. Mais depuis trois jours, la réduction était devenue très-difficile. Il n'y avait pas d'obstruction intestinale réelle, mais seulement une constipation temporaire. L'état général était très-mauvais.

Le chloroforme fut administré, et l'enfant étant tenu par les pieds, la tête en bas, le rectum fut distendu par une injection d'eau chaude. La réduction parut se produire d'abord, mais chaque fois que le rectum se vidait, l'invagination se reproduisait.

L'état général de l'enfant, qui paraissait devoir succomber, légitimait l'intervention chirurgicale, qui fut acceptée par les parents.

Le chloroforme ayant été donné de nouveau, Hutchinson fit sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, une incision permettant l'introduction de deux ou trois doigts. La masse invaginée, qui avait environ 15 centimètres de long, fut attirée hors de l'abdomen. Il n'y avait ni adhérences, ni signes de péritonite en dehors d'une congestion modérée, et au moment où la réduction s'acheva, on vit se dégager l'appendice cœcal, ce qui confirma le diagnostic quant au siége de l'invagination. La plaie abdominale fut fermée avec des épingles à bec-de- lièvre et des points de suture entrecoupée. L'opération n'avait duré que deux ou trois minutes.

L'abdomen fut recouvert de ouate et entouré d'un bandage de flanelle. On donna des lavements de lait toutes les trois heures, avec addition, parfois, de quelques gouttes de teinture d'opium.

La guérison se fit rapidement. Les épingles furent enlevées au quatrième jour, et l'enfant quitta l'hôpital, trois semaines après l'opération, en parfaite santé.

Hutchinson cite trois cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer avec les docteurs John Adams, James, Bright et Tay, mais qui se sont terminés par la mort sans qu'une opération ait été tentée. Dans un quatrième cas, dont il a donné la relation (*Pathol. Soc. Transactions*, vol. VII, p. 193), il s'agissait d'un jeune homme qui mourut au bout de quatre mois. Enfin il a vu guérir un jeune garçon délicat, mais chez lequel le diagnostic était douteux.

En somme, il pense que le cas de guérison due à l'opération est le premier qui se soit produit en Angleterre.

Les auteurs étrangers rapportent quelques exemples de guérison, Hévin cite un succès (*Mém. de l'Ac. de Chirurgie*, 1784). Le Dr Fuchsius, de Olpe (*Hufeland's Journal* et *Edinb. med. and surg. Journ.*, juillet 1825) et le Dr Wilson (*American Journ. of the Med. sc.*, 1836), ont aussi obteun des guérisons.

Mais Spencer Wells, qui opéra le quatrième jour de l'invagination a eu un cas de mort, Carrier (*Virchow's Jahresbericht*), Max Hertz, Pirogoff, Gerson, n'ont pas été plus heureux.

Hutchinson insiste sur la nécessité de pratiquer le toucher rectal dans tous les cas où l'on soupçonne une invagination. La palpation abdominale, en faisant sentir une masse allongée ou ovale, fournit aussi un signe précieux. Mais au point de vue de l'opération, il faut bien distinguer les cas dans lesquels il y a une simple invagination et ceux dans lesquels il y a en même temps étranglement. Ces derniers présentent des symptômes beaucoup plus graves et ont une marche plus rapide. L'opération ne leur est pas applicable en général, car la seule chance de guérison réside dans la gangrène avec élimination de la portion invaginée. Mais lorsqu'il y a seulement invagination, sans obstruction intestinale absolue, si les moyens de réduction habituels restent sans résultat, comme dans l'observation citée plus haut, et si l'état général continue à s'aggraver, l'opération est indiquée et offre des chances de succès.

A la suite de ce mémoire, on trouve une série de tableaux dus à M. Warren Tay et analysant 131 cas d'invagination intestinale empruntés à différents auteurs. Dans tous ces cas l'invagination atteignait le rectum ; dans un certain nombre la portion invaginée se présentait à l'anus.

Comme conclusions de cet important travail, Hutchinson émet les propositions suivantes :

1. Il n'est pas rare que l'invagination intestinale commence à la valvule iléo-cœcale et atteigne l'orifice anal ou même sorte au dehors.

2. Il est très-important, dans les cas où l'on soupçonne une invagination, d'examiner l'anus avec soin.

3. Dans presque tous les cas d'invagination, chez les enfants et probablement très-souvent chez l'adulte, on peut sentir la partie invaginée à travers la paroi abdominale.

4. Le pronostic varie en raison de l'âge et de la constriction de la partie invaginée.

5· Dans le plus grand nombre des cas, chez les enfants au-dessous d'un an, la mort arrive du premier au sixième jour.

6. La mort résulte ordinairement du choc ou du collapsus et non de la péritonite.

7. Dans beaucoup de cas, en appréciant la gravité des symptômes (vomissement, constipation), on peut se rendre compte si l'intestin est étranglé ou simplement irréductible (irreducible).

8. Dans l'invagination avec étranglement, s'il y a des chances de mort rapide, il y a aussi quelques chances pour que la gangrène amène une guérison spontanée.

9. Quand il y a invagination et non étranglement, il y a peu de chance pour que la gangrène se produise, et il est probable que le malade succombera au bout de quelques semaines ou de quelques mois, par suite de l'irritation et de la douleur.

10. Les chances de succès par l'emploi des bougies et des injections d'air et d'eau sont très-minimes en dehors des cas tout à fait récents, et quand on ne réussit pas rapidement par ces moyens, il est probable qu'on ne réussira pas du tout.

11. L'opération a le plus de chances de réussir dans les cas où les symptômes existent depuis un temps assez considérable et dans lesquels l'intestin est seulement invaginé, et ce sont précisément les cas les moins susceptibles d'être guéris par tout autre méthode.

12. Dans ces cas, après avoir échoué avec les injections, l'emploi des bougies, il faut considérer l opération comme tout à fait indiquée.

13. Les renseignements fournis par les autopsies justifient l'opinion que, dans le plus grand nombre de ces cas, le chirurgien ne rencontrera pas de difficultés matérielles à opérer la réduction après ouverture de l'abdomen.

14. Les circonstances qui peuvent créer des difficultés sont : premièrement, la constriction des parties invaginées; secondement, la présence d'adhérences ; troisièmement, l'existence de la gangrène.

15. Dans le choix des cas auxquels convient l'opération, le chirurgien prendra en considération la gravité des sympômes, le degré d'étranglement, et aussi la probabilité de l'existence de la gangrène.

16. Dans les cas qui présentent des symptômes très-graves ou qui sont à une période extrême, il est plus sage de renoncer à l'opération et de recourir à l'usage des opiacés.

17. L'incision que l'on doit préférer est celle de la ligne médiane, audessous de l'ombilic.

18. Chez les enfants au-dessous d'un an, le pronostic est presque sans espoir, la guérison ne se produisant que dans les quelques cas où les injections réussissent immédiatement. Dans les autres la mort est très-rapide.

19 L'observation citée dans ce travail justifie l'intervention opératoire hâtive chez les jeunes enfants.

20. Il est à désirer qu'à l'avenir ceux qui auront l'occasion de faire des autopsies dans les cas d'invagination examinent avec soin la question de savoir si l'opération eût été praticable, et qu'ils nous donnent leurs résultats.

E. DELENS.

Des injections profondes de chloroforme pour soulager le tic douloureux.

Par Robert Bartholow.

L'auteur appelle injection profonde de chloroforme l'introduction de l'aiguille de la seringue de Pravaz dans les tissus jusqu'au voisinage du tronc nerveux dont les branches périphériques sont le siége de la douleur. Dans les cas qu'il a rapportés la douleur siégeait dans la branche sous-orbitaire du nerf trijumeau. Dans ces conditions l'opération consiste à passer l'aiguille au-dessous de la lèvre supérieure de manière à la conduire jusqu'au voisinage du trou sous-orbitaire ; alors l'on injecte une petite quantité de chloroforme pur. Au moment de l'injection le malade éprouve une douleur très-

vive qui dure quelques minutes ; puis un sentiment d'engourdissement et d'anesthésie des parties où diffuse le chloroforme, enfin une induration qui persiste quelques jours.

L'engourdissement de la lèvre et des joues continue pendant un temps variable, une semaine et même plus. La somnolence qui succède à l'injection n'est jamais très-intense et ne présente aucun caractère alarmant, l'auteur n'a pas jusqu'ici vu se produire d'abcès.

Bartholow a également constaté sur lui-même que la douleur est très-supportable, et en même temps que dans une zone assez étendue il y avait anesthésie locale qui s'est prolongée pendant trois mois.

L'interprétation qu'il donne est la suivante : Dans tous les cas de névralgie faciale le chloroforme agirait directement sur la circulation cérébrale, la veine faciale communiquant avec les sinus de la dure-mère par le plexus ptérygoïdien.

Dans tous les exemples qu'il cite, et où tous les moyens avaient été employés, deux ou trois injections de chloroforme suffirent pour amener la cessation de la douleur qui était intolèrable. H. CHOUPPE.

Observation de la clinique de Schœnborn.

Une femme de 67 ans était atteinte depuis plusieurs années d'un tic douloureux de la face, rebelle à tout traitement. Comme elle indiquait avec persistance le trajet du canal dentaire inférieur quand il s'agissait de fixer le siége maximum de ses douleurs, Schœnborn se décida à reséquer toute la portion du nerf dentaire inférieur comprise dans ce canal.

Dans ce but, il combina la méthode de Paravicini qui consiste à sectionner le nerf par l'intérieur de la bouche avec une ouverture faite par le dehors du canal dentaire, au niveau du trou mentonnier.

Grâce aux vides de la denture, le premier temps de l'opération s'exécuta très-facilement. Après avoir séparé le nerf de

l'artère dans toute l'étendue accessible, il passa un fil autour.

Le second acte consistait à dénuder le nerf du dehors. Ayant ouvert le canal dentaire dans une longueur de 1 1/2 centimètre, et mis à nu le nerf, il commença à sectionner ce dernier par l'intérieur de la bouche le plus haut possible au-dessus de son point d'entrée dans le canal ; puis par la plaie extérieure, il saisit le nerf avec des pinces, l'attira au dehors en lui imprimant des mouvements de latéralité afin de le dégager et ensuite le coupa à ras du trou mentonnier. Le tronçon excisé avait une étendue de 6 centimètres, le microscope n'y révéla aucune altération.

Les douleurs névralgiques ne cessèrent complètement qu'à partir du cinquième jour après l'opération ; moins de trois semaines plus tard, la malade s'en allait n'ayant plus à compléter que la cicatrisation de sa plaie intra-buccale ; la guérison s'est maintenue depuis 6 mois. J. B.

Sa Grâce Monseigneur Bourget, Archevêque de Martianapolis, à l'Hôtel-Dieu.

Dimanche, le 30 janvier dernier, était le jour fixé par Sa Grandeur, pour venir cueillir à l'Hôtel-Dieu les offrandes des fidèles, qui veulent contribuer à aider l'Evêché de Montréal à sortir de ses difficultés financières.

L'Ecole de Médecine heureuse de revoir celui qu'elle doit et se plaira toujours à regarder à juste titre comme son véritable fondateur, l'Ecole s'empressa de faire tous les préparatifs nécessaires pour chercher à rehausser autant que possible l'éclat de cette démonstration. Les Révérendes Dames Hospitalières avaient de leur côté, pour l'occasion, orné leur charmante église avec un goût exquis et déployé toute la richesse de leurs ornements et de leurs parures.

Il y avait des siéges réservés dans le devant de la nef pour

les Professeurs et leurs élèves. Dans les bancs on remarquait des juges, des avocats, des médecins, des notaires, des sénateurs, en un mot, un grand nombre de personnes distinguées. La musique vocale et instrumentale fut exécutée par les élèves de l'Ecole de Médecine qui possèdent presque toujours parmi eux des artistes; aussi l'orgue fut touché d'une manière magistrale et accompagné des chants les plus mélodieux.

Après le service divin, Sa Grandeur fit du haut de l'autel une de ces allocutions si pleines de charme et d'éloquence qui font toujours l'admiration de ceux qui, dans ces circonstances, ont le bonheur de pouvoir l'entendre.

Sa Grandeur s'inspira de l'Evangile même du jour, pour faire des rapprochements d'un à propos saisissant, répétant le cri de détresse des Apôtres dans leur barque battue par les flots soulevés par les vents et la tempête.

Monseigneur vint ensuite s'asseoir dans la porte ouverte des balustres, et le Président de l'Ecole, M. le Docteur d'Orsonnens, lui présenta au nom de tous les professeurs et des agrégés une adresse accompagnée d'une bourse et d'un magnifique bouquet de fleurs. Nous ne chercherons pas à reproduire la belle réponse que Sa Grâce daigna lui faire, nous serions trop au dessous de la tâche. M. Pagé, étudiant en médecine, vint alors présenter, au nom des élèves, une adresse et une bourse. Monseigneur lui répondit de la manière la plus flatteuse et la plus affectueuse possible. Sa Grandeur se dirigea, immédiatement après, vers la grille du cloître pour recevoir de Madame la Supérieure l'offrande de la communauté. Remise sur son siège, les Professeurs vinrent s'agenouiller devant Sa Grâce, pour recevoir sa bénédiction et baiser l'anneau pastoral. Les élèves, deux à deux, au nombre à peu près de cent vingt ou de cent trente, s'avancèrent à leur tour pour en faire autant. La foule les imita, chacun déposant en même temps son offrande dans le plateau d'argent placé pour cette fin. Lorsqu'elle se fut toute écoulée, Sa Grandeur, sans sortir du chœur, alla s'asseoir vis-à-vis l'arche qui répond à une des salles des malades; c'était le tour

du personnel de l'Hôtel-Dieu. Les petits orphelins très bien vêtus, (par la charité des Révérendes Dames) chacun un billet de banque à la main, les petites orphelines de même, les servantes et serviteurs de la maison, les malades, tous se présentèrent deux à deux pour se faire bénir et donner leur offrande.

La recette dépassa mille dollars, grâce à la générosité de ces Révérendes Dames, qui donnèrent encore par la main de chacun de ceux qu'elles habillent, logent, soignent et nourrissent !

Le lendemain, fête de St. Ignace, il y eut à l'Hôtel-Dieu un grand diner auquel avaient été invités les médecins de l'Ecole qui font le service de l'hôpital, ainsi que plusieurs membres du clergé qui étaient venus rendre leurs hommages à Sa Grandeur à l'occasion de sa fête patronale. Il y avait des Chanoines, des Sulpiciens, des Oblats, des Jésuites et plusieurs Curés. On fit à l'Ecole de Médecine l'honneur de placer à table son Président, M. le Docteur d'Orsonnens, à la droite de Sa Grâce l'Archevêque et à sa gauche son ex-président, M. le Docteur Munro, qui fut si longtemps le seul médecin et le chirurgien si habile de l'Hôtel-Dieu.

Après le diner qui fut magnifique et animé par la plus aimable conversation, toute l'assemblée se rendit au parloir : il y eut des adresses touchantes prononcées par les orphelins, auxquels Monseigneur répondit en donnant essor à tous les nobles sentiments de sa belle âme, prodiguant à ces pauvres enfants délaissés des expressions de tendresse que seule pouvait lui inspirer l'ardente charité de son cœur ! Entre chaque discours il y eut chant et musique. Enfin la séance se termina par l'adresse d'une jeune fille qui toute vêtue de blanc se détacha du groupe des petites orphelines pour s'approcher de Sa Grandeur. Après avoir été la fidèle interprète des sentiments de la communauté, elle présenta à Sa Grâce Monseigneur Bourget, pour cadeau, à l'occasion de sa fête, un joli bouquet artificiel consistant en un beau petit arbre blanc, dont chaque branche pliait sous le poids de pièces d'or.

Etait-ce une ingénieuse allégorie que cette petite plante d'une blancheur virginale et aux fruits d'or ? Nous ne saurions en douter ; ces Dames gardaient, il est vrai, le silence, mais les murs couverts de banderolles et d'inscriptions ne disaient-ils pas encore à tous et continuellement et partout ce qu'elles n'osaient exprimer elles-mêmes. Comme elles avaient mis leur argent dans les mains de leurs petits protégés la veille, elles mirent ce jour-là l'expression de leurs sentiments sublimes, sur les lèvres de ces mêmes petits enfants, qui seuls, en effet, par leur candeur et leur innocence pouvaient leur servir d'intermédiaires. Bien des yeux aussi furent-ils mouillés de larmes délicieuses. Qu'il est doux de respirer dans une telle atmosphère !

Cette fête enfin a été une véritable ovation, et Monseigneur a du être heureux lui-même de tout le bonheur qu'il répandait autour de lui. Nous regrettons seulement de ne pouvoir reproduire ici ni les belles adresses des orphelins de l'Hôtel-Dieu, ni celle de M. Pagé, élève en médecine, au nom de ses confrères, et qui lui a mérité de si justes éloges de la part de Sa Grandeur.

Outre ces regrets, nous devons exprimer surtout celui bien plus grand encore de ne pas avoir les différents discours prononcés par Sa Grandeur, durant ces deux jours, principalement celui qu'il fit à la communauté placée derrière la grille du parloir, quelques instants avant notre départ.

Nous ne pouvons donner que l'adresse de M. le Président de l'Ecole de Médecine au nom de ses collègues.

La voici :

A Sa Grâce Monseigneur Ignace Bourget Archevêque de Martianapolis.

MONSEIGNEUR,

Permettez au Président de l'Ecole de Médecine de profiter de cette occasion si exceptionnelle pour se présenter à Votre Grandeur avec tout le personnel qui compose cette institution. Professeurs, agrégés, élèves, tous se sont empressés d'ac-

courir en ce saint lieu, *notre Eglise naturelle,* pour avoir le bonheur de voir, d'entendre celui qui a jetté les bases si solides pour notre instruction médicale.

Notre premier devoir est donc celui de la reconnaissance !

Reconnaissance pour la sollicitude que, durant votre long Episcopat, vous n'avez cessé de témoigner à notre maison naissante pour faciliter son enseignement, en lui ouvrant les portes de ce vaste et bel hôpital, ainsi que celles de la Maternité, de la Providence avec ses différents dispensaires.

Reconnaissance pour tous les efforts et la persévérance mise pour l'obtention d'une Université.

Reconnaissance pour la surveillance religieuse toute particulière que vous avez toujours exercée sur nos élèves, en leur accordant continuellement un aumônier pour les guider, les garantir contre les écueils que rencontre à tout instant la jeunesse dans une grande ville. Vous avez donc toujours été pour nous, pour chacun de nous, un bon père, un père des plus dévoués !

Nous ne l'oublierons jamais ! Puissions-nous, à notre tour, par notre conduite, notre travail, répondre à votre attente !

Pour nous Professeurs, nous ne quitterons jamais la voie que vous nous avez tracée ; toute notre énergie, nos démarches tendront toujours vers le but que, comme Evêque, vous cherchiez à obtenir pour couronner toutes vos œuvres pour l'avancement et l'honneur de la religion dans ce vaste diocèse. Car, nous nous plaisons à le constater, nous admirons en vous un patriotisme éclairé, qui vous a toujours si bien inspiré, que toutes vos actions, outre leur fin religieuse, tendaient encore au bien matériel même et à la gloire de la patrie ! Aussi, après ces longues années passées dans la retraite et la souffrance, nous ne sommes pas surpris que vous vouliez encore vous rendre utile, et que vous osiez entreprendre ce que nul autre que vous ne pourrait avoir l'espérance de faire réussir. Dans cette circonstance surtout, nous remarquons encore et nous reconnaissons cet oubli, cette abnégation de vous même qui vous ont toujours si

particulièrement caractérisé, et qui, dans toutes les occasions, vous ont permis d'être sur la brêche, au moment opportun, pour lutter soit pour le bien de l'Eglise, soit pour celui de notre société. Nous nous énorgueillissons donc aujourd'hui de voir notre vénérable Archevêque, à l'âge de plus de quatre-*vingts* ans, laisser sa chambre de malade, braver toutes les rigueurs et les intempéries de notre rude hiver, pour parcourir nos différentes campagnes, dans le seul but de venir avec un zèle sans pareil au secours de notre évêché !

Aussi, Monseigneur, quelle douce consolation, quel bonheur vous devez éprouver de l'empressement mis partout pour se rendre à vos désirs. En faut-il davantage pour prouver l'amour, la reconnaissance que votre sage administration a laissés dans tous les cœurs !

L'Ecole ne veut pas rester en arrière ; elle regrette seulement que les circonstances ne lui permettent pas de faire plus ; elle eut été si heureuse de contribuer largement à cette cotisation générale et volontaire de tous les catholiques du diocèse. Daignez néanmoins accepter son offrande, quelque minime qu'elle soit, et ne lui tenir compte que des sentiments qui l'animent.

Permettez nous, Monseigneur, de vous présenter encore ce bouquet, à l'occasion de la St. Ignace, votre fête patronale, qui tombe justement ces jours-ci, et veuillez agréer les vœux que nous formons tous à cette occasion pour que Dieu soutienne vos forces et vous permette de continuer jusqu'au bout l'entreprise qu'il vous a inspirée, et dont le résultat parait devoir être si admirable ! Qu'il vous conserve encore longtemps à notre vénération et vous accorde la joie de voir s'accomplir ce qu'il vous restait à désirer pour faire tout le bien que vous vouliez à Montréal, à Montréal que vous avez fait ce qu'il est aujourd'hui, à Montréal qui doit en honneur, comme pour son propre intérêt, travailler à continuer vos œuvres.

Je termine enfin, Monseigneur, en vous priant de bénir les Révérendes dames de l'Hôtel-Dieu pour tout le bien qu'elles font, pour tous les sacrifices qu'elles s'imposent pour la propa-

gation des sciences médicales. Si nous l'osions, nous vous prierions d'être notre interprête auprès d'elles pour leur en exprimer toute notre respectueuse gratitude. Bénissez aussi les pauvres malades confiés à nos soins. Bénissez nous tous, Professeurs, agrégés, élèves, avec nos familles. Priez Dieu qu'il mette toujours dans le cœur de chacun de nous le désir et le courage de remplir ses devoirs; qu'il nous donne de plus en plus le goût de l'étude et nous dirige sans cesse dans l'exercice toujours si pénible et parfois si difficile de notre noble profession. Puisse cette Ecole enfin, attachée comme les premières facultés de Médecine en Europe à l'hôpital le plus riche, le plus vaste et le plus important de la puissance, puisse cette Ecole, surmontant tous les obstacles, jouir bientôt de tous les avantages que vous cherchiez à lui procurer. Mais quoiqu'il arrive, Monseigneur, soyez persuadé qu'elle n'oubliera jamais tout ce que vous avez fait pour elle et qu'elle vous regardera toujours comme son véritable fondateur.

Le président de l'Ecole,
DR. D'ODET D'ORSONNENS,
Chevalier de St. Grégoire.

Le secrétaire,
DR. J. EMERY-CODERRE.

Après avoir parcouru l'Europe et visité les grands hôpitaux de Londres, Paris, Lyon, Marseille, Laval, Lille, Fribourg, Rome etc., etc., nous pouvons dire que nous avons lieu d'être fier de notre Hôtel-Dieu de Montréal. Proportion gardée avec la population de ces villes, notre hôpital est peut être plus vaste, mieux placé et tout au moins aussi bien administré. Comme eux, il a une faculté de médecine qui lui est attachée, (l'Ecole de Médecine,) pour en faire le service; et les opérations les plus importantes s'y font tous les jours avec le plus grand succès, taille, lithotritie, ovariotomie, etc., etc.

Dans ce moment même, outre les femmes qui sont sorties guéries, après cette dernière opération depuis plusieurs mois déjà, on peut y voir encore une femme à qui les deux ovaires

ont été enlevés, une autre un seul, et qui toutes deux sont parfaitement bien. Une paysanne de St. Jérôme, opérée ces jours derniers est en bonne voie de guérison. Quelques autres malades sont attendues d'un moment à l'autre pour y subir la même opération. Une même est actuellement dans les salles et doit-être opérée samedi prochain le 26 février. C'est au tact, à l'intelligence et aux connaissances de la plupart de nos médecins, anciens élèves de notre Ecole, que nous devons ce courant de cas importants dans notre hôpital.

Nous devons donc remercier ces messieurs pour leur zèle, l'obligeance avec laquelle ils nous amènent eux-mêmes leurs propres clients et les informations si précieuses qu'ils savent toujours nous donner sur l'histoire de leurs maladies.

Souvent même ils viennent encore, au moment convenu, soutenir par leur présence le courage de leurs pauvres malades !

Nous sommes également flatté de voir des Professeurs des Universités McGill et Bishop assister à quelques unes de ces opérations qui font tant de bruit depuis quelque temps en Europe et qui se pratiquent maintenant si souvent à notre hôpital.

Notre amphithéâtre devient dès lors le rendez vous de l'élite des membres de la profession médicale, et ces réunions établissent déjà et doivent nécessairement entretenir pour toujours une émulation mutuelle qui tourne tout à l'avantage de la société.

Ces différentes ovariotomies, dont nous venons de mentionner le résultat, ont été faites par Monsieur le Docteur Hingston, assisté de Monsieur le Docteur Brunel ; nous attendons de l'obligeance de ces messieurs, pour le publier, le rapport de leurs nombreuses opérations, pendant les cours de cet hiver, afin de faire voir au public toute l'importance de l'Hôtel-Dieu et les grands avantages pour les étudiants en médecine de venir prendre leur éducation médicale à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Monsieur le Docteur Desjardins, notre habile professeur

d'ophthalmologie, nous osons le lui demander, voudra bien lui aussi nous donner la liste de toutes ses opérations sur les yeux, à l'Hôtel-Dieu, pendant la même période, pour compléter ce cadre de procédés de chirurgie.

Du traitement des ulcères variqueux,

Lisfranc est le premier qui ait fait ressortir les propriétés cicatrisantes des hypochlorites appliqués sur des plaies de brûlures ou sur des ulcères atoniques (*Clin chirurg.*, p. 231 et 531, t. I.)

Pour M. Panas, l'action de l'eau chlorurée sur une plaie peut être envisagée de deux façons, soit comme application d'un sel chloruré, soit comme source d'oxygène naissant ; car on sait que l'hypochlorite de chaux ClO, CaO mis en contact avec les matières organiques se décompose pour former du chlorure de calcium et deux équivalents d'oxygène qui sont mis en liberté. Sous l'influence de l'eau chlorurée, dès le premier jour l'odeur gangréneuse de l'ulcère disparaît, dès le second et le troisième jour la surface détergée de l'ulcère perd son aspect grisâtre et se colore en rose. Au bout de 10 ou 15 jours, on voit la surface de l'ulcère bourgeonner, la peau qui avait perdu sa souplesse se laisse facilement déprimer et jouit d'une certaine mobilité sur les parties profondes, la circulation capillaire y est plus active et le sang offre partout la coloration rouge rutilante du sang artériel. Au bout de quelques jours, la perte de substance de l'ulcère se comble entièrement par les bourgeons charnus, l'épiderne gagne à la périphérie de proche en proche, et au bout d'un mois à 6 semaines les ulcères les plus étendus se trouvent guéris.

Partout où l'épidermisation gagne les bourgeons charnus, on observe une ligne rouge carminée qui précède et accompagne la prolifération épithéliale du voisinage ; ce liséré, constaté aussi par Reverdin, s'explique par l'afflux plus c n-

sidérable du sang dans les vaisseaux nouveaux. De plus, partout où l'épiderme nouveau se développe, les bourgeons charnus, même les plus exubérants, s'affaissent, ce qui s'explique par l'organisation conjonctive des éléments embryonnaires de la cicatrice.

Plus de deux cents ulcères variqueux traités par l'eau chlorurée ont été modifiés très-avantageusement par ce mode de traitement.

L'hypochlorite de chaux mis en contact avec les tissus produirait une véritable action oxydante qui combat l'asphyxie locale, d'où résultent l'ulcération (gangrène moléculaire) et les douleurs.

Voici le mode d'application qu'emploie le Dr Panas :

Si la peau qui entoure l'ulcère, ou si le tissu cicatriciel sont doués d'une grande irritabilité, on coupe la solution avec un tiers, moitié, deux tiers d'eau ordinaire ; ou bien on protége les endroits les plus tendres de l'épiderme à l'aide d'une petite couche de cérat, d'huile d'amandes douces, ou de tout autre corps gras dépourvu d'acidité.

On lave d'abord à grande eau la surface de l'ulcère ; puis, on trempe des plumasseaux de charpie dans l'eau chlorurée, et on les applique sur l'ulcère ; par-dessus la charpie, on met une compresse faisant le tour du membre et l'on recouvre le tout avec un morceau de taffetas gommé.

Il faut changer ce pansement de 3 à 6 fois par jour.

Le malade peut même faire dans la journée des irrigations avec l'eau chlorurée. Si l'ulcère est petit, le repos n'est pas indispensable, mais, dans tous les cas, le malade devra tenir la jambre élevée autant qu'il le pourra.

On peut aussi, pour hâter le circatrisation, pratiquer au centre de l'ulcère plusieurs inoculations d'épiderme, suivant le procédé si bien indiqué par Reverdin.

Une fois la cicatrisation obtenue avec ou sans épidermisation, on comprime légèrement la cicatrice avec un bandage approprié, et l'on fait garder encore pendant quelque temps le repos au malade (pendant 15 jours ou un mois)

HENRI HUCHARD.

EXTIRPATION DU LARYNX.

Par le Prof. BILLROTH.

A la séance du 27 février 1874, MM. Billroth et Gussenbauer ont présenté à la Société des médecins de Vienne un malade qui avait subi l'extirpation du larynx, d'une partie de l'épiglotte et du premier anneau de la trachée, à cause d'un carcinome épithélial. Ces chirurgiens imaginèrent un appareil de prothèse permettant au malade de parler à haute et distincte voix. Voici la description de ce larynx artificiel ;

Il se compose de deux canules coudées fabriquées en caoutchouc durci et pouvant jouer l'une dans l'autre. L'une de ces canules est destinée à être introduite dans la trachée et à permettre l'inspiration et l'expiration ; la seconde canule, fixée par sa partie inférieure à la première, amène le courant d'air expiré dans l'arrière bouche et la cavité buccale.

Lorsque ces deux canules ont été introduites de la façon que nous venons de dire, ont les maintient fixées, comme les canules à trachéotomie, par un léger ruban entourant le cou. Cela fait, on leur adapte une troisième canule en argent spécialement destinée à la phonation. A l'intérieur de cette canule, est enchâssée une languette métallique, qui est mise en vibration par le courant d'air expiré. Ces vibrations sont transmises à l'air de la canule supérieure et le son qui en résulte est finalement articulé dans le pharynx et la cavité buccale.

On peut, en variant l'épaisseur de la languette métallique, élever ou abaisser le ton de la voix.

Ajoutons enfin que, par suite de modifications survenues dans la plaie dont la cicatrisation n'était pas encore parfaite au moment où l'on eut l'idée de la prothèse, on dut changer plusieurs fois l'appareil et l'on n'arriva qu'à la force de patience à réaliser un larynx artificiel parfait.

Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire, note de M. E. Macicot.

Cette note se compose essentiellement d'un vaste tableau indiquant, pour chaque âge de l'embryon, l'état du système dentaire. Ce mode de contestation offre, au point de vue médico-légal par exemple, de grands avantages et permet d'arriver à des résultats qui ne seraient obtenus par aucune autre méthode. Sur un fœtus macéré, à tissus infiltrés, et dont on ne peut plus constater les dimensions, le plus grand nombre des faits de l'évolution des follicules restent encore appréciables : les cordons épithéliaux sont en effet très-difficilement altérables, et le traitement des mâchoires par certains réactifs (acide acétique, liquide de Müller, etc.) ; permet encore de pratiquer des coupes où les dispositions fondamentales sont reconnaissables.

Enfin, un chapeau de dentine peut suffire pour donner des indications importantes sur l'âge d'un fœtus dont le corps aura été desséché ou même presque complétement carbonisé dans un foyer ; on sait en effet que le chapeau de dentine résiste au plus grand nombre des agents destructeurs.

Un fait de respiration intra-utérine.

Par EDOUARD HOFMANN.

Il est bien établi que chez un mort-né les poumons peuvent contenir de l'air indiquant que l'enfant a respiré dans le sein de sa mère a la suite d'une suppression prématurée de la respiration placentaire (*R. S. N.*, III, 282).

En revanche, les conditions dans lesquelles il y a pendant le travail lui-même accès de l'air dans l'utérus sont moins bien connues.

Jusqu'ici presque tous les faits de ce genre concernaient des cas dans lesquels l'accouchement avait nécessité des manœuvres spéciales (version, forceps, céphalotripsie). On pouvait

donc croire que ces interventions étaient absolument indispensables à la production du phénomène.

Mais quelques observations plus récentes démontrent que l'air peut s'introduire dans l'utérus durant un accouchement normal.

Hofmann cite à l'appui de cette opinion trois histoires de femmes en travail, empruntées à Breisky, à Hecker et à C.-H Müller. Ce dernier en a même fait l'objet de sa dissertation inaugurale. (*Ueber Luftathmen déa Frucht wahrand des Gerburtsaktes-Marbourg* 1869).

Hofmann apporte un quatrième fait qui lui est personnel. Dans ce dernier, il se trouvait de l'air non seulement dans les poumons, mais encore dans l'estomac et jusque dans le duodénum.

Les phénomènes de putréfaction étant hors de cause ici, de même qu'une opération obstétricale, comment expliquer cette pénétration de l'air.

L'auteur en trouve la cause possible dans le toucher vaginal. Au moment où le doigt arrive dans le col, après rupture de la poche des eaux, il fait cesser la cloture de la cavité utérine produite ordinairement par exacte application du col sur la portion fœtale qui se présente.

Mais pour que ce phénomène si rare ait lieu, il faut de toute évidence la réunion de plusieurs conditions anormales.

Ces conditions, dont les recherches de Schatz (*Arch. f. Gynækol.* 1872) et de Hegar (*R. S. M.*, II, 345 et IV 442) ont montré l'importance, sont :

1° L'abaissement momentané de la pression intra-abdominale au-dessous du niveau de celle de l'atmosphère.

2° Le relâchement, la fatigue, l'inertie plus ou moins marquée des parois utérines et abdominales.

3° Enfin, l'existence simultanée d'une fermeture incomplète au niveau de l'orifice utérin. Schatz a fait voir le rôle que jouent à cet égard les différentes positions que prend la femme en travail dans son lit,

L'air extérieur est aspiré dans l'espace compris entre la paroi de la matrice et la face thoraco-abdominale du fœtus.

L'accouchée d'Hofmann offrait toutes les conditions favorables : sujet faible et maladif, changeant à chaque instant de position dans son lit pendant un accouchement irrégulier qui s'est prolongé pendant quatre jours.

On comprend le haut intérêt de ces faits au point de vue médico-légal. Un phénomène analogue, si exceptionnel qu'il soit, peut se rencontrer dans des accouchements clandestins. Il en résulte que chaque fois que l'expert aura trouvé des poumons aérés sur le mort-né qu'il examine, il devra songer, avant de conclure que l'enfant était vivant au moment de sa naissance, à la possibilité d'une respiration intra-utérine.

Cas de tumeur cystique adhérente au rein, simulant une affection de l'ovaire, extirpation du rein ; guérison.

Par le Dr. A. CAMBELL'

L'auteur résume ainsi l'histoire de sa malade :

Agée de 49 ans, elle avait eu 5 enfants et deux fausses couches : sa santé avait toujours été excellente. Dix-huit mois auparavant elle constata l'existence d'un gonflement circonscrit dans la fosse iliaque gauche ; petit à petit la tumeur fit des progrès, et depuis deux mois elle était devenue énorme. A son entrée à l'hôpital de Dundee, on constata qu'elle était mobile, et remplissait la fosse iliaque gauche, la région hypogastrique et une partie de la fosse iliaque droite. Elle dépassait le volume d'une tête d'adulte. Sur trois points de sa surface, on percevait nettement de la fluctuation : les kystes paraissaient communiquer ensemble. On admit sans hésitation l'existence d'un kyste de l'ovaire et l'on décida que l'ovariotomie serait pratiquée.

Les deux premiers temps de l'opération, l'incision de la peau et du péritoine, n'offrirent rien à signaler ; mais lorsque l'on plongea le trocart dans le kyste, il ne s'écoula aucun liquide : on vit que la tumeur était remplie d'une matière

gélatineuse solide. On fit alors sortir le kyste au dehors, et par quelques ponctions, on le vida en partie. On s'aperçut alors "à la grande surprise des assistants" que la tumeur adhérait au rein gauche : comme on était trop avancé pour reculer, on décida qn'on allait enlever le rein. Une portion d'intestin et d'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec la tumeur, fut soigneusement décortiquée au moyen du doigt, puis l'uretère et les vaisseaux du rein liés en masse ; après quoi tout le paquet, formé par le rein et la tumeur, fut simultanément extirpé. Il y eut peu d'hémorrhagie. On fit la toilette du péritoine avec une solution phéniquée, puis la suture profonde une fois appliquée, on recouvrit le tout avec le pansement antiseptique de Lister.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses : l'observation mentionne jour par jour, les péripéties du traitement ; on y voit qu'à plusieurs reprises de vives douleurs abdominales et même des vomissements purent faire craindre une péritonite, mais tous les accidents cessèrent et la malade, opérée le deux décembre, était sur pied au commencement de mars, complétement, guérie.

L'examen de l'oreille destiné à remplacer la docimasie pulmonaire dans les cas où le médecin légiste n'a à sa disposition qu'une tête de nouveau-né ou de fœtus, séparée du tronc.

Par W WREDEN.

Cette méthode repose sur le contenu différent de la caisse du tympan, suivant que l'enfant a respiré ou non. A l'époque de Fabrice d'Acquapendente on savait déjà que, chez le fœtus, la cavité tympanique, au lieu de conteuir de l'air, est pleine de mucus expulsé après la naissance par l'air que font pénétrer dans la trompe d'Eustache les mouvements respiratoires et les cris de l'enfant.

Tröltsch a montré, en 1858, qu'en réalité il ne s'agissait pas d'une sécrétion libre de la muqueuse, mais que la caisse du tympan était complétement obturée par une hypertrophie du revêtement muqueux de la paroi labyrinthique, qui forme comme un épais coussin s'étendant jusqu'à la face interne de la membrane du tympan et lui adhérant intimement.

Wreden, dans un précédent travail sur l'otite moyenne des nouveau-nés et Wendt, ont les premiers signalé l'importance de ces faits au point de vue médico-légal.

En outre, Wreden a prouvé que, contrairement à l'opinion de Tröltsch, ce coussinet muqueux était constitué par un développement de toutes les parois de la caisse, et non-seulement de la paroi labyrinthique.

D'un grand nombre d'autopsies, l'auteur a pu tirer les conclusions suivantes :

1° Temps nécessaire pour la disparition totale du coussinet : 24 heures suffisent pleinement, tandis qu'au bout de 12 heures la résorption est seulement partielle ;

2° Ordre de disposition : le bourrelet disparaît d'abord dans la trompe, au plancher de la cavité et sur la membrane tympanique, ensuite à l'extrémité postérieure de la caisse et à la paroi labyrinthique ; en dernier lieu à la voûte de la cavité.—Dans l'otite moyenne des nouveau-nés, le bourrelet muqueux inflammatoire se développe dans l'ordre précisément inverse ;

3° Cause de résorption : ce sont les mouvements respiratoires du nouveau-né, aidés par ses cris et ses efforts de succion, car chaque mouvement de déglutition facilite singulièrement la pénétration de l'air par les trompes dans la caisse du tympan.

Le degré de régression du coussinet muqueux fœtal est sous la dépendance directe de l'énergie et de la durée des fonctions respiratoires. Quand les poumons sont sains, au bout de 12 heures le bourrelet n'existe plus que dans les cellules mastoïdiennes, au toit du tympan et sur la paroi labyrinthique.

Lorsque les mouvements respiratoires sont faibles, les poumons malades, après 24 heures de vie la résorption n'est que partielle. Les restes du bourrelet muco-gélatineux sont alors plus ou moins injectés, et leur teinte rouge sombre sert à les distinguer des restes du coussinet trouvés chez un nouveau-né à poumons sains, qui aurait vécu moins de 24 heures.

Chez les enfants nés avant terme, la rétrocession marche aussi vite et est aussi complète que chez les autres.

4° Mode de disparition : la formation d'un espace libre dans la cavité tympanique s'opère par simple résorption du tissu muqueux fœtal.

Les recherches de Wendt ont ajouté un fait important Les mouvements respiratoires intra-utérins exercent la même influence sur le coussinet muco-gélatineux que ceux qui ont lieu après la naissance.

La cavité du tympan.

Wreden a le premier appelé l'attention sur ce fait que le tissu muqueux fœtal (gélatine fœtale, bouchon muqueux) qui, comme Tröltsch l'avait déjà prouvé (1858), remplit tout à fait les cavités du tympan du fœtus, disparaît dans les premières heures qui suivent la naissance et que c'est ainsi que se forme la lumiere de la cavité du tympan. Wend a trouvé (1) que la diminution du bouchon muqueux et gélatineux et par la suite la formation de la lumière de la cavité du tympan avait lieu immédiatement après la production de puissants mouvements respiratoires, parce que le milieu aspiré pénètre dans les cavités du tympan et chasse le bouchon muqueux. De là Wend a tiré cette conclusion que dans le cas où l'on observe encore chez un nouveau-né le bouchon

(1) Wend, De l'état de la cavité du tympan chez le fœtus et le nouveau-né (*Arch.*,

muqueux tout à fait développé, il ne peut y avoir eu de respiration puissante et que, si celle-ci a eu lieu, la cavité du tympan doit être libre et contenir le milieu (air, liquide amniotique, matières d'une fosse d'aisances) qui s'est trouvé précisément devant les orifices respiratoires, lorsque les premières inspirations se sont produites. L'importance médico-légale de ce fait est manifeste, et c'est un réel mérite pour Wend de l'avoir signalée et d'avoir iutroduit ainsi l'épreuve par les cavités du tympan dans la pratique medico légale. Malgré cela ce serait trop s'avancer que de prétendre que cette preuve est si importante qu'elle égale la docimasie pulmonaire et qu'elle lui est même supérieure.

Nos expériences ont montré, en effet, que chez des enfants mort-nés, qui ont été examinés aussitôt et qui n'offraient pas de signes d'une respiration anticipée, les cavités du tympan étaient effectivement remplies de mucosités gélatineuses. Mais il s'est présenté à nous quelques cas où nous avons trouvé la même chose, bien que les enfants eussent vécu notoirement hors de l'utérus et qu'ils fussent morts un certain temps après. Ces cas concernaient le plus souvent des enfants non venus à terme, bien que déjà viables, et qui évidemment n'avaient respiré ni longtemps ni fortement ; c'est pourquoi il semble que l'entrée du milieu aspiré dans la cavité du tympan suppose des mouvements respiratoires assez intenses ; c'est en effet ce qu'à observé Wend qui attribue cet effet uniquement à de fortes inspirations. Toutefois, dans deux cas concernant deux enfants venus à terme et vigoureux qui furent tués immédiatement après la naissance et dont les poumons se montrèrent complétement remplis d'air, nous avons trouvé un état tout à fait fœtal des cavités du tympan. Cependant nous avons constaté que lorsque l'enfant a fait, soit avant, soit après la naissance, des mouvements respiratoires, les mucosités de la cavité du tympan disparaissent plus ou moins, et que la cavité du tympan contient le même milieu que celui qui a été également aspiré par les poumons. Dans tous les cas où l'enfant avait respiré,

excepté dans les deux cas cités plus haut, nous avons pu trouver dans l'oreille moyenne une cavité pleine d'air, qui était d'autant plus prononcée que l'enfant avait vécu et respiré plus longtemps.

De même, on a presque toujours pu retrouver dans les cavités du tympan, chez les enfants morts par asphyxie fœtale, les substances (liquide amniotique, méconium) qui ont pénétré dans les voies respiratoires, à la suite de mouvements respiratoires prématurés. Toutefois il est à remarquer sous ce rapport que tous les liquides qui se trouvent dans la cavité du tympan ne doivent pas être considérés comme venus du dehors, que plus souvent les mucosités qui remplissent l'oreille se liquéfient rapidement, et pour cette raison on trouve presque toujours sur les cadavres avancés, et sans exception sur les corps en putréfaction, la cavité du tympan remplie d'une sérosité sanguinolente ; cette sérosité est due à la dissolution colliquative du bouchon muqueux, et on y découvre avec le microscope des détritus et des globules de sang en voie de destruction. Naturellement ce liquide peut se trouver en combinaison avec un autre contenu. S'il a pénétré dans la cavité du tympan du liquide amniotique ou du méconium, on peut souvent reconnaître, même à l'œil nu et en ouvrant la cavité du tympan, ces diverses substances à l'état de flocons blancs, jaunâtres ou verdâtres, qui, enlevées séparément et placées sous le miscrocope, font voir les parties constitutives de l'enduit sébacé (cellules épidermiques, gouttelettes graisseuses, cristaux de cholestérine, quelquefois des poils et, s'il y a du méconium, la substance colorante de la bile en amas ou cristaux de bilirubine). Des autres matières qu'on peut trouver dans les cavités du tympan nous citerons surtout des matière fécales dont nous avons constaté la présence sur deux enfants jetés dans les lieux d'aisances Il peut aussi y avoir une combinaison de plusieurs matières, c'est-à-dire de l'air avec des parties constitutives du liquide amniotique ou avec des matières des lieux d'aisances. Sous le premier rapport, nous ferons remarquer qu'on peut trouver

quelques cellules épithéliales plates avec de l'air, dans l'oreille moyenne, chez des enfants qui ont respiré régulièrement. Ces cellules épithéliales proviennent évidemment de la muqueuse de la cavité buccale ; ce serait donc une erreur de conclure de la présence de ces épithéliums à une aspiration de liquide amniotique.

L'examen de la cavité du tympan se fait de la façon suivante : on sépare d'abord la dure-mère de la face antérieure du rocher qui regarde la fosse moyenne du crâne et on détache avec des ciseaux la petite lame osseuse qui forme la voûte légèrement aplatie de la cavité du tympan· On aperçoit aussitôt les osselets, soit isolés, soit entourés d'un mucus gélatineux ou d'un autre liquide. Les matières contenues dans l'oreille peuvent être enlevées très facilement en les aspirant avec une pipette ; on les met de côté pour les examiner au microscope ; dans cet examen, il faut accorder une attention particulière à des flocons jaunâtres ou verdâtres qui se voient même déjà à l'œil nu.

Surnatation de l'estomac et des intestins.

L'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin repose sur ce fait, longtemps méconnu, que l'intestin et l'estomac de l'enfant avant la naissance sont aussi vides d'air que les poumons et que c'est seulement après la naissance, lorsque commence la respiration propre, que l'air arrive dans l'estomac et dans la partie supérieure de l'intestin et de là se répand dans tout l'intestin. On ne sait pas encore si les premières bulles d'air arrivent dans l'estomac par des mouvements de déglutition ou par aspiration. Breslau, qui a le mérite d'avoir le premier appelé l'attention sur ce fait, a proposé de constater la présence de l'air dans l'estomac et l'intestin par l'épreuve de la surnatation, comme on le fait pour les poumons et, se basant sur ses observations, il a soutenu que

cette épreuve devait avoir la même importance comme preuve de la vie que l'épreuve faite avec les poumons. Il a prétendu avoir trouvé également que le volume d'air contenu dans l'estomac et l'intestin permettait de juger de l'énergie avec laquelle un enfant a respiré et du temps pendant lequel il a respiré après la naissance ; enfin il a établi que la putréfaction seule ne rendait pas ces organes pleins d'air, par conséquent pas capables de surnager, et que cette épreuve pouvait même être employée pour les cadavres d'enfants putréfiés.

Une longue série d'observations, que nous avons faites en ce sens, nous a confirmé d'abord l'exactitude générale de la première opinion de Breslau, à savoir que l'air pénètre déjà dans l'estomac avec les premiers mouvements de respiration extra-utérine et le rend capable de surnager, ce qui nous force à attacher une grande importance diagnositque à ce signe. Le fait qu'on a trouvé aussi chez des enfants, qui ont vécu et respiré après la naissance, l'estomac et l'intestin vides d'air, n'est pas de nature à diminuer la valeur de l'épreuve de Breslau ; car nous trouvons aussi des anomalies dans la docimasie pulmonaire, sans que la valeur de celle-ci en soit diminuée. Il est clair entre autres que l'estomac et l'intestin resteront vides d'air malgré une vie extra-utérine, si, l'air n'a pu avoir accès dans les voies respiratoires. Au contraire l'air peut même pénétrer dans le tube digestif (et c'est là un côté particulièrement intéressant de l'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin), quand l'aspiration est impossible dans les poumons à cause de l'obstruction du larynx ou de la trachée par les mucosités fœtales. Nous avons acquis la conviction, après de nombreuses observations, que précisément dans ces cas il arrive plus d'air dans l'estomac et l'intestin que lorque la respiration n'est pas empêchée. Dans certains cas où les poumons restèrent presque entièrement atelectatiques à cause de l'obstruction des bronches, nous avons trouvé l'estomac et tout l'intestin grêle gonflés d'air, bien que l'enfant fût mort peu d'instants après la naissance,

tandis que chez des enfants, qui sont morts sans que la respiration des poumons ait été empêchée, il ne se trouva d'air que dans l'estomac et dans le duodénum et tout au plus dans la première partie du jejunum, rarement plus bas. Il en résulte que la seconde opinion de Breslau à savoir " que la quantité d'air contenue dans l'estomac et l'intestin est en rapport direct avec l'intensité et la durée de la respiration," n'est pas aussi exacte que la première, et surtout que, si on voulait tenir compte du volume d'air contenu dans le tube digestif pour déterminer combien de temps l'enfant a pu vivre, il faudrait chaque fois tenir compte en même temps du fait que la respiration a été libre ou empêchée.

La troisiéme proposition de Breslau, à savoir " qu'un tube digestif qui était vide d'air reste vide, même si la putréfaction est avancée ", est absolument inexacte. Il est vrai que nous avons trouvé à plusieurs reprises chez des enfants que nous avons laissé pourrir, l'estomac et l'intestin vides d'air. Mais nous avons pu le plus souvent observer la production de bulles de gaz non seulement sous la muqueuse de l'estomac et de l'intestin mais dans la cavité même, et naturellement nous avons pu constater aussi que ces organes pouvaient surnager.

De ce qui précède il résulte que nous devons considérer l'épreuve de la surnatation de l'estomac et de l'intestin comme un moyen précieux pour résoudre cette question : un enfant a t-il vécu ou non après la naissance ? c'est-à-dire capable, sinon de remplacer la docimasie pulmonaire, du moins de la confirmer et la compléter. Il ne faut donc jamais négliger de tenter cette épreuve qui se fait de la manière suivante : on pose une ligature à l'estomac au niveau du pylore et du cardia, et on enlève l'estomac avec les intestins et on les place sur l'eau. On peut alors observer avec beaucoup de précision si le tube digestif contient de l'air et jusqu'à quel point il en contient.

Discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans l'hémorrhagie après l'accouchement.

La question de l'opportunité des injections de perchlorure de fer dans les hémorrhagies survenant après l'accouchement est à l'ordre du jour depuis plus d'une année chez nos voisins d'outre-Manche ; nous ne pouvons résumer ici que les points les plus importants des longues discussions auxquelles elle a donné lieu, soit dans la presse, soit au sein même de la Société obstétricale

R. Barnes, a préconisé le premier cette méthode, à laquelle il reconnait les avantages suivants : coaguler le sang dans les vaisseaux utérins béants ; resserrer ces orifices, et même provoquer souvent la contraction du muscle utérin par suite des propriétés astringentes et styptiques du perchlorure de fer.

Il aurait arrêté, par ce moyen, un certain nombre d'hémorrhagies contre lesquelles tous les autres modes de traitement avaient échoué ; ne se dissimulant point, du reste, la gravité de l'emploi d'un styptique aussi énergique, il cite lui-même quelques cas où l'injection fut suivie de phlegmatia alba dolens, ou d'autres complications ayant entraîné la mort.

Plusieurs accoucheurs anglais partagent la façon de voir de R. Barnes au sujet de ces injections utérines ; ainsi More Madden rapporte 10 observations d'hémorrhagies traitées par les injections de perchlorure de fer. Dans 9 de ces cas, l'hémorrhagie fut arrêtée ; une seule fois elle persista après l'injection ; chez 3 malades la mort survint ; elle n'est pas imputée par l'auteur à l'injection elle-même, mais à d'autres affections telles que variole, pneumonie typhoïde, embolie. En somme, l'auteur se range à peu près à l'opinion de R. Barnes et admet l'utilité des injections styptiques dans l'uterus pour arrèter certaines hémorrhagies puerpérales.

Hill Ringlands a rassemblé un nombre assez respectable d'observations ; elles atteignent le chiffre de 45, et, sauf 1 cas, l'hémorrhagie fut toujours arrêtée par l'injection de perchlorure de fer. Cet auteur admet donc l'efficacité de cet

agent thérapeutique ; il se demande, en outre, si son emploi n'est pas sans danger, puisque dans ces 45 cas la mort est survenue 11 fois. D'après lui, il faudrait répondre négativement à cette question, car il est tout porté à croire que la mortalité eût été plus considérable encore si l'on n'avait pas eu recours au perchlorure de fer.

H. Norris rapporte 11 observations où l'on employa le perchlorure de fer ; mais il faut retrancher de ce chiffre 3 cas d'hémorrhagies survenues dans le cours de la grossesse chez des femmes que l'on tamponna avec des bourdonnets imbibés d'une solution styptique et qui avortèrent.

Sur les 8 cas qui restent, il y eut 2 morts survenues par épuisement, bien que l'hémorrhagie eût été arrêtée, et 6 guérisons ; seulement il n'est point dit si les autres méthodes avaient échoué avant que l'on ait eu recours aux injections intra-utérines.

Citons enfin parmi les partisans de la méthode de Barnes, William Draper, qui employa les injections intra-utérines avec succès dans 3 cas d'hémorrhagies non puerpérales.

Il nous reste à voir quelles sont les objections très sérieuses faites au promoteur du traitement des hémorrhagies par les injections intra-utérines. On sait que cette méthode n'a trouvé en France que bien peu de partisans, et qu'elle a été, au contraire, formellement rejetée par la plupart de nos accoucheurs, et notamment par Joulin.

En Angleterre, Barnes a surtout trouvé un adversaire sérieux dans *T. Snow Beck.* Cet accoucheur critique vivement l'emploi des injections de perchlorure de fer, et affirme d'abord que si les autres méthodes ont échoué entre les mains de Barnes, c'est que ce dernier ne sait pas les employer. Et cette affirmation ne doit pas nous étonner, car on sait que Barnes, dans le cas où il pratique le tamponnement du vagin, recommande de ne laisser le tampon en place que pendant une heure et demie. Du reste, T. Snow Beck fait remarquer que dans la plupart des observations de Barnes on n'avait même point tenté, pour arrêter l'hémorrhagie, une action

directe sur la matrice. Cette façon d'agir est certainement incompréhensible, si l'on songe aux graves dangers auxquels exposent les injections intra-utérines de perchlorure de fer (embolies, infections purulentes, affections utérines et péri-utérines, etc.)

Aussi T. Snow Beck conclut-il que cette méthode thérapeutique préconisée par Barnes ne doit être réservée que pour certains cas tout particulièrement graves, et alors seulement que les autres procédés convenablement employés n'ont donné aucun résultat.

Du fer dans l'organisme.

Expérimentant sur des chiens, placés dans les circonstances diverses de bien-être et de santé, M. Picard a recherché d'abord dans quelles limites varie la proportion de fer du sang ; il a trouvé que cette quantité varie de 1 à 2 et même d'avantage : ainsi un jeune chien, en pleine santé, a donné pour 100 centim. cubes de sang 0,092 de fer, et un chien affaibli par des hémorrhagies antérieures a donné seulement 0,041.

Comparant ensuite dans deux échantillons d'un même sang, d'une part la quantité de fer pour 100 centimètres cubes de sang, de l'autre la quantité d'oxygéne que 100 centimètres cubes saturés de ce gaz dégagent dans le vide, il a pu constater que ces deux quantités varient parallèlement et que leur rapport sensiblement constant, est égal à 2, 3 ; ce qui revient à dire que le fer mesure sensiblement la capacité respiratoire du sang.

Enfin, recherchant s'il n'y avait pas un organe qui pût être considéré comme un lieu de réserve du fer, M. Picard a constaté que la rate seule peut contenir et contient, dans les conditions ordinaires, une quantité de fer très-supérieure à celle du sang.

TÉTANOS PUERPÉRAL.

PAR FLEETWOOD CHURCHILL.

Quoique le tétanos soit une affection des plus plus graves, on l'a considéré comme tellement rare dans l'état puerpéral, que la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes l'ont à peine signalé. Simpson en a réuni aujourd'hui un nombre d'observations suffisant pour démontrer qu'on doit en tenir grand compte. Je ferai pour la description qui va suivre de larges emprunts à son excellent mémoire.

I.—FRÉQUENCE.

On croyait autrefois que le tétanos était plus commun chez la femme que chez l'homme, mais les statistiques modernes n'ont pas confirmé cette manière de voir. Sur 128 cas de tétanos traumatique recueillis par Curling, il y avait 112 hommes et 17 femmes; et sur 221 cas recueillis par Laurie, de Glasgow, il y avait 185 hommes et 36 femmes. —Sur 1069 cas mortels publiés dans les rapports du "Registrar general", il y avait 829 hommes et 240 femmes, de sorte que le nombre des hommes était quatre fois plus considérable que celui des femmes.

II.—CAUSES.

Le tétanos, bien que rarement, peut se déclarer à la suite d'accidents survenant à l'utérus non fécondé. Simpson cite un cas dans lequel, après avoir enlevé un polype cellulaire au moyen d'une légère traction, le tétanos se déclara dans la soirée du neuvième jour, et causa la mort en cinquante-cinq heures environ. Le tétanos peut aussi survenir après l'avortement, et il n'est pas spécial à la première grossesse, ou à aucune époque déterminée de la grossesse. Dans les sept cas recueillis par Simpson, dans le cas rapporté par Tyler, et dans le cas de Dossabhoy, plusieurs des malades avaient plusieurs enfants, et l'époque à laquelle l'avortement avait eu lieu variait chez toutes. L'espace de temps qui s'écoulait entre la fausse couche et l'invasion du tétanos était aussi variable. Chez l'une il éclata quelques jours après ; chez

une autre le sixième jour ; chez une troisième le septième jour ; chez une quatrième, le huitième jour ; chez une cinquième, le treizième jour ; et enfin chez une sixième, quinze jours après. Dans le cas rapporté par Moore, le tétanos survint le huitième jour ; dans le cas décrit par Dossabhoi, le sixième jour, et dans le cas rapporté par Annan, le treizième jour. Toutes les malades moururent : l'une en soixante heures, l'autre en soixante-dix ; trois le troisième jour ; une le quatrième, et une le septième. La malade de Annan, le onzième jour, celle de Moore le treizième ; celle de Dossabhoy guérit.

Dans la plupart des cas, la fausse couche n'avait rien de particulier ; dans quelques-uns l'œuf ne fut pas immédiatement expulsé, et dans quelques autres l'hémorrhagie était si forte qu'il fallut recourir au tamponnement. Dans le cas rapporté par Tyler, le placenta qui se présentait d'abord avait été arraché. Il est peut-être difficile de préciser jusqu'à quel point l'irritation résultant de la présence prolongée de l'œuf, ou du tampon, ou le décollement du placenta, peuvent avoir agi sur la production du tétanos. Le tampon est employé journellement sans donner lieu à ces résultats ; mais dans certains états du système nerveux, il ne peut pas être complétement inoffensif. Les symptômes du tétanos n'avaient rien d'anormal : ils commençaient par un certain degré de roideur dans les mâchoires, qui bientôt devenaient complétement rigides, et le corps était fléchi en arrière par les spasmes tétaniques.

Simpson fait remarquer " qu'en pathologie chirurgicale des recherches ont été instituées dans le but de savoir s'il existe quelque rapport entre l'état de la plaie et l'invasion du tétanos. Mais aucun résultat positif n'est venu couronner ces recherches. Les chirurgiens paraissent s'accorder sur ce point, que souvent le tétanos se produit alors que la plaie extérieure paraît tout à fait saine ; mais d'un autre côté ils ont vu, dans un nombre de cas au moins égal, la maladie survenir lorsque la plaie était malsaine, enflammée, gangréneuse. Dans les

exemples rapportés par Simpson, le tétanos survenant après un avortement, la plaie utérine a toujours paru parfaitement saine en tant qu'il a été possible de s'en assurer. Dans quelques circonstances pourtant la plaie était en assez mauvaise condition pour donner lieu à un suintement sanguinolent ou même à une hémorrhagie.

Dans aucun des cas de tétanos puerpéral relatés dans cette partie du mémoire de Simpson, il n'a paru exister de traces d'inflammation utérine. Comme exemple de la maladie, je citerai une des observations données par Simpson.

OBSERVATION I.— Madame X…, mère de plusieurs enfants, fit une fausse couche de trois mois. Il y eut une légère hémorrhagie. Le premier jour après l'avortement cet écoulement cessa complétement et subitement. On observa en même temps un certain degré de roideur dans les masséters. Le jour suivant, les mâchoires étaient complétement immobilisées, et la tête se fléchit en arrière d'une façon tétanique. Les globes oculaires paraissaient enfoncés, les paupières incomplétement rapprochées. La patiente néanmoins pouvait encore parler, mais la déglutition des liquides était impossible. Le pouls était à 72. Il y avait de la constipation et du météorisme. La sécrétion urinaire était normale. Il n'y avait aucun écoulement par le vagin ; il n'existait pas de douleur ni de sensibilité dans la région utérine. Par moments le pouls faiblissait, et les accès tétaniques devenaient de plus en plus fréquents et plus forts. La malade mourut vingt heures après le début des accidents.

L'autopsie fut faite par M. Crossken et Fleming trente-six heures environ après la mort, et comme les résultats offrent certaines particularités, je rapporterai les termes mêmes de M. Crossken. " L'utérus avait son volûme ordinaire. Le tissu utérin et la muqueuse étaient emphysémateux dans toute leur étendue et crépitaient lorsqu'on les comprimait entre les doigts. En un mot, on aurait cru tenir dans la main un fragment de poumon, avec lequel il y avait encore cette analogie que l'utérus surnageait lorsqu'on le mettait dans l'eau.

J'ajoute, dit M. Crossken, qu'il n'y avait aucun vestige de décomposition putride. »

Voici maintenant l'observation de Tyler :

OBSERVATION II. — Je fus mandé, dit il, près d'une pauvre femme qui était à son quatrième mois de grossesse et qui venait d'être prise d'une hémorrhagie alarmante. Par le toucher, je trouvai l'orifice utérin dilaté. La dilatation offrait la dimension d'une pièce de deux francs environ. Le placenta était inséré centre pour contre au-dessus de l'orifice. L'hémorrhagie était des plus abondantes, et chaque douleur l'augmentait. Je fis l'extraction du placenta, et j'essayai d'accrocher le fœtus avec mon doigt, mais je n'y réussis pas. L'écoulement sanguin, un peu moindre, continuait cependant ; je fis le tamponnement ; l'hémorrhagie suspendue, j'administrai une dose d'ergot de seigle sans avantage. Le second jour j'enlevai le tampon et j'amenai en même temps une portion du placenta qui était restée. Je trouvai alors l'orifice utérin presque complétement revenu sur lui-même. Le quatrième jour la malade se plaignit de douleurs dans les reins, mais ces douleurs n'avaient rien qui dût attirer spécialement l'attention. Six jours après elle n'accusait plus qu'une extrême faiblesse, ce qui m'engagea à lui donner un peu de nourriture légère, bouillon de poulet, etc. Rien ne survint de nouveau jusqu'au treizième jour, quand tout à coup la pauvre femme se plaignit de mal de gorge et de difficulté à ouvrir la bouche. Elle ne pouvait avaler qu'avec beaucoup de difficulté les liquides. Le toucher me permit de constater que l'orifice était tout à fait fermé. La malade avait eu pendant toute la nuit des douleurs vives dans le dos, et des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face. Le lendemain je trouvai les mâchoires complétement serrées et le tronc fléchi en opisthotonos. La mort enfin survint le seizième jour, après d'excessives douleurs.

Enfin le tétanos peut se produire après l'accouchement. Simpson en a recueilli 18 observations, auxquelles nous pouvons en ajouter 232, recueillies par Waring et autres.

Cette affection n'est pas plus fréquente après un premier accouchement qu'après les accouchements subséquents Pour le moment où se produit l'attaque, il paraît que les conditions sont les mêmes, dit Simpson, que lorsqu'elle survient après un avortement ou une opération chirurgicale. Dans ces diverses circonstances, il est très-rare que l'accès survienne avant la fin du premier septénaire.

D'après des documents statistiques produits par Romberg, dans plus de la moitié des faits de tétanos chirurgical relevés par lui-même (112 fois sur 208), l'accès éclata du troisième au dixième jour après la blessure ou après l'opération.

Parmi les observations de Simpson, on trouve qu'une fois il est survenu très vite après l'accouchement, 1 fois le deuxième jour, 1 fois le troisième, 1 fois le quatrième, 4 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième, 1 fois le septième, 2 fois le quatorzième, 1 fois le dix-septième, 1 fois après trois ou quatre semaines, et 1 fois enfin sept semaines après la délivrance.

Dans le fait de Woodhouse, l'accès se montra le onzième jour.

Sur les 232 cas de Waring, 7 femmes furent atteintes le premier jour, 32 le deuxième, 29 le troisième, 23 le quatrième, 22 le cinquième, 32 le sixième, 15 le septième, 14 le huitième, 15 le neuvième, 14 le dixième, 2 le onzième, 9 le douzième, 4 le treizième, 1 le quatorzième, 1 le dix septième, 1 le dix-huitième.

Le cas observé par Patterson se produisit quatorze jours après l'accouchement. Dans un relevé des décès à Bombay, publié par ordre du gouvernement, on trouve que le tétanos s'est montré 102 fois après l'accouchement, 10 fois il s'est montré le premier jour, 15 fois le deuxième, 7 fois le troisième, 11 fois le quatrième, 9 fois le cinquième, 11 fois le septième, 7 fois le huitième, 2 fois le neuvième, 4 fois le dixième, 2 fois le onzième, 3 fois le douzième, 3 fois le quinzième, et 1 fois le seizième.

On rencontre plus d'uniformité dans la durée de la maladie·

Dans 1 cas la mort est survenue après quinze heures, 2 fois après le deuxième jour, 2 fois le troisième jour, 1 fois le quatrième jour, 1 fois le cinquième jour, 1 fois le sixième et une fois le septième jour. La malade de M. Woodhouse vécut deux jours et celle de Patterson vécut dix jours. On a noté 5 cas de guérison, c'est-à-dire que, si nous prenons les 26 cas cités, 4 femmes sur 5 ont succombé.

III. — Symptômes.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans les symptômes du tétanos puerpéral, si ce n'est qu'au début on peut croire à l'existence d'un mal de gorge, et par conséquent le traitement ne sera pas dirigé comme il le convient dans une maladie aussi grave.

L'observation suivante publiée par Storer, de Boston, U. S. donnera une idée exacte de la maladie :

Observation III. — Madame C...., âgée de 28 ans et mère de deux enfants, accoucha à terme d'un enfant pesant huit livres. Le cordon se rompit près de son insertion placentaire sous l'influence de tractions pour extraire l'arrière-faix. Après quelques tentatives infructueuses pour délivrer la femme, on jugea opportun de ne pas insister plus longtemps. La perte de sang ne fut pas considérable. Pendant les cinq jours qui suivirent, le pouls resta bon. La malade n'eût pas de fièvre et ne ressentit pas de douleurs utérines. Vers le commencement du sixième jour une portion du placenta s'échappa par le vagin ; la malade, après avoir pris une dose d'ergot de seigle, en rendit deux autres fragments décomposés et d'une odeur fétide. Le septième jour, le pouls, pour la première fois, s'éleva au-dessus de 100 ; il était petit, filiforme, et la malade se plaignait de douleurs dans la tête, de roideur dans les mâchoires et de difficultés pour avaler. Les symptômes s'aggravèrent rapidement pendant cette journée, et vers le soir c'est à peine si la pointe de la langue pouvait dépasser les arcades dentaires. Les muscles du cou et des mâchoires devinrent plus douloureux ; la respiration était sensible, et à

des intervalles irréguliers survinrent des accès tétaniques. Le lendemain, c'est-à-dire le huitième jour après l'accouchement, les muscles de la face étaient si rigides que les mâchoires ne pouvaient être écartées le moins du monde. Le moindre attouchement semblait causé de vives souffrances à la malade et provoquer l'explosion d'attaques spasmodiques qui se reproduisaient toutes les trois ou quatre minutes. La tête était fortement fléchie en arrière et les muscles du cou étaient si fortement contracturés qu'on pouvait, avec la main placée sur la nuque, soulever tout le corps sans que le cou se pliât en aucune façon en avant. Quand les convulsions tétaniques éclataient, les souffrances de la pauvre femme paraissaient excessives. Les paroxysmes augmentèrent jusqu'au milieu de la nuit du huitième jour, et la malade mourut d'épuisement dans l'opisthotonos le plus complet. Pendant tout le temps, on ne constata aucun signe d'inflammation utérine ou péritonéale.

(*A suivre.*)

De la diète pendant les couches,

Par le prof. KLEINWACHTER.

L'accouchée est-elle une malade et doit-elle être traitée comme telle alors que l'accouchement est un acte physiologique ? Cette question avait amené l'auteur à penser que, si le repos est nécessaire à l'involution normale de l'utérus, la diète rigoureuse qu'on fait observer en général pendant les premiers jours des couches était beaucoup moins importante. Une série d'observations faites sur six accouchées auxquelles il a fait suivre pendant leurs couches un régime très subtantiel, a confirmé complétement sa théorie. Pendant les 9 ou 10 jours de leur séjour à l'hôpital il donnait à ses accouchées une nourriture fortement animalisée et, comme boisson de la bière, proscrivant autant que possible l'eau, qui n'était pas bonne à l'hôpital et diminuant beaucoup l'emploi des tisanes.

Le poids de la mère et du nouveau-né, la quantité et la composition de l'urine, le pouls, la température, étaient contrôlés tous les jours. De ses observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

On peut sans inconvénient donner aux accouchées bien portantes, et dès le jour de leur accouchement, une nourriture abondante mixte ou presque exclusivement animale. La perte de poids déterminée par les couches est ainsi diminuée. La sécrétion du lait commence plus tôt et est plus abondante. La diminution des liquides absorbés amène une diminution des sueurs. La quantité d'urine excrétée pendant le premier septénaire diffère peu de l'état normal ; la sécrétion urinaire augmente le premier jour, puis diminue un peu les jours suivants pour remonter encore à la fin de cette période, son poids spécifique est assez élevé (1022 en moyenne). L'excrétion de l'urée n'est pas diminuée (35 gr. 5 par jour en moyenne); elle s'élève le jour de l'accouchement, puis s'abaisse un peu et reste stationnaire pendant les jours suivants (lactation et sueurs), pour s'élever encore à la fin (diminution des sueurs). L'excrétion de l'urée paraît dépendre tout à fait du régime suivi et varie avec ce facteur.

Les nouveau-nés cessent de perdre de leur poids plus tôt que d'ordinaire et la perte de poids est moindre que lorsque la mère est soumise à la diète ordinaire. L'augmentation de poids a commencé trois fois le troisième jour, trois fois le quatrième, et au bout des huit premiers jours les nouveau-nés pesaient en moyenne 90 grammes de plus qu'à la naissance, au lieu de présenter encore une diminution de poids comme cela arrive d'ordinaire. T. EXCHAQUET.

Extirpation de la totalité de l'utérus et des deux ovaires.

" Dans un rapport chirurgical de Sumter county (comté de Sumter), nous trouvons un cas d'ablation, pour maladie fibreuse, de la totalité de l'utérus et des deux ovaires. Dans l'extirpation de cette masse, qui pesait plus de six livres, là

totalité de l'intestin grêle fut amenée au dehors de l'abdomen pour obtenir de la place. Cinq ligatures en soie furent appliquées à des artères, coupées ras et abandonnées. La cavité et les intestins ayant été soigneusement épongés avec de l'eau tiède, les incisions furent fermées avec des sutures d'argent, couvertes exactement et solidement avec des bandes d'emplâtre adhésif. L'opération fut accompagnée d'un grâve ébranlement (*shock*) et suivie d'un violent vomissement. Pendant un paroxysme d'effort pour vomir, une anse intestinale fit hernie par la plaie et fut légèrement déchirée par le fil d'une suture. Les bords de la déchirure furent assujettis aux bords de la plaie de l'abdomen.Il y eut des symptômes répetés de pyohémie. Le dixième jour, des caillots et du pus furent évacués par une incision à la paroi postérieure du vagin. Les incisions de l'abdomen, excepté au niveau de la fistule, guérirent par première intention. Les sutures furent enlevées le dixième jour, mais les bandes agglutinatives furent conservées plus longtemps. La malade guérit complétement. Les tentatives faites pour fermer la fistule la réduisirent à des dimensions insignifiantes. Trois ans après, la malade, une négresse de 36 à 40 ans, était en parfaite santé, travaillant chaque jour, et goûtant les attentions de son mari autant qu'autrefois."

Les rapporteurs attribuent la disparition des symptômes alarmants de la septicémie au calomel à doses purgatives, bien qu'on employât le *beaf essence* et les stimulants.

Médecin Interne à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur Joseph Germain, gradué de l'Université Victoria, a été nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu et est entré en charge ces jours derniers.

Election des Officiers de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

A l'élection des officiers qui a eu lieu le 8 janvier courant, à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, ont été nommés :

Monsieur le Docteur Ths. E. d'Odet d'Orsonnens, Président.
Monsieur le Docteur L. B. Durocher, Trésorier.
Monsieur le Docteur J. Emery Coderre, Secrétaire.

EXAMENS.

Les examens pour le Baccalauréat et le Doctorat auront lieu, à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, le 23 Mars prochain.

NAISSANCE.

En cette ville, le 11 février, la dame du Dr J. Gagnon, uue fille.

MARIAGES.

A Montréal, le 8 février 1881, par le Révd. M. Daniel, Louis Gammelin Gaucher, Ecr., M. D., de Hull, à Delle. Marie Emélie Cadieux de Courville, fille de feu George Hypolite Cadieux, N. P.

A Joliette, le 9 février 1881, J. Israël Desroches, Ecr., M. D., de Montréal, à Delle. Marie Jeanne Albertine Groult, fille unique de feu L. T. Groult, en son vivant protonotaire de Joliette.

DÉCÈS

A Indian Orchard, le 30 décembre 1880, Alfred Charles Desautels, M.D. à l'âge de 44 ans.

En cette ville, le 16 février, âgée de 5 jours, Eulalie Célina Cordélia, enfant du Dr J. Gagnon.

NOTE.— Nous laissons au *Boston Med. and Surg. Journal* la responsabilité de l'article "*Impression héréditaire*," phénomène auquel nous ne saurions ajouter foi.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. MARS ET AVRIL 1881 Nos. 3 et 4

Dans notre dernier éditorial, nous rappelions l'opinion légale de Sir Farrer Herschell, solliciteur-général d'Angleterre, qui disait que Laval ne pouvait pas avoir de *succursale* ; nous ajoutions encore que cette Université avait elle-même reconnu *publiquement* sa fausse position et l'illégalité de son établissement à Montréal, par le seul fait d'avoir demandé à la reine Victoria une extension de sa charte, nous devrions dire plutôt en osant même soumettre le projet d'une charte nouvelle à la sanction de Sa Majesté, pour s'accaparer du monopole universitaire et parvenir ainsi à toutes ses fins !

Laval n'a donc pas *réellement* d'existence civile en cette cité, et tous ses actes *ici* sont donc en conséquence parfaitement nuls. Elle n'a pas de professeurs, point de cours, en un mot sa prétendue succursale ne peut pas être reconnue aux yeux de la loi qui doit la répudier et entacher tous ses faits de nullité ! ! !

Voyons maintenant si son existence canonique au moins est régulière ? L'Université de Québec dans son établissement à Montréal a-t-elle respecté le Décret, la Bulle du St. Siége ?

Nullement !

Car par le Décret, tout en croyant ne pas devoir accorder d'affiliation à Laval aux écoles de Droit et de Médecine existant *alors* à Montréal, le St. Siège a néanmoins ordonné une

succursale de cette université dans cette dernière ville pour venir au secours de ces écoles et les empêcher de continuer à être affiliées à des universités protestantes. Ce qui le prouve c'est cet article dans les bases posées par Rome pour cet arrangement : " Les Professeurs de Droit et de Médecine à " Montréal devront faire partie de la faculté respective éta- " blie à Laval en vertu de la Charte Royale." Mais ce qui ôte jusqu'à l'ombre d'un doute sur l'interprétation et le sens rigoureux de cette clause pour saisir l'ordre formel du St. Siége est le fait suivant :

Dans les pourparlers préléminaires pour en venir à un arrangement avec le Recteur de Laval, l'Ecole de Médecine, ne se rendant pas de suite à toutes ses exigences, M. Hamel prit sur lui de former une faculté en dehors de l'Ecole de Médecine ; mais lorsqu'il fit son rapport à Monseigneur Conroy, Délégué Apostolique, Son Excellence lui ordonna d'aller révoquer ses nominations, *les ordres du St Siège devant être exécutés au bénéfice de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.*

Ce que M. le Recteur fut obligé de faire de suite !

Les négociations continuèrent donc, il y eut entente approuvée par Son Excellence le Délégué Apostolique et Mgr l'Evèque de Montréal.

L'Ecole fut regardée comme cette succursale et l'inauguration en fut fêtée au grand Séminaire avec beaucoup de pompe et de solennité par Mgr Conroy lui-même et les autres autorités Ecclésiastiques et Universitaires.

Mais bientôt les arrangements convenus avec l'Ecole n'étant pas respectés, celle-ci s'en plaignit d'abord à son ordinaire puis au corps des Evêques de la Province Ecclésiastique de Québec réunis en Concile à Québec. Tout fut en vain, et l'Ecole se vit dès lors en but aux persécutions les plus violentes et les plus injustes : tentatives de lui enlever son hôpital, son allocation du gouvernement, etc., etc., libelles réitérés sur les journaux publics, rien ne fut épargné pour tâcher de la détruire.

Enfin, le Recteur signifia à chacun de ses professeurs qu'il avait à opter entre rester professeur à Laval ou rester professeur à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, l'un de ces emplois devant nécessairement exclure absolument l'autre.

L'Ecole qui avait ignoré à peu près jusqu'à ce temps la lettre et l'esprit de la Charte, du Décret et de la Bulle, répondit à M. Hamel que comme l'Université ne se conformait pas à ces documents elle garderait le statu quo jusqu'à ce que Rome à qui elle en appelait, se prononçat sur cette grave question, assurant néanmoins encore Laval de son bon vouloir et de sa constante détermination de se conformer et d'obéir au jugement du St. Siége, l'Ecole devant continuer à donner les cours comme auparavant jusqu'à ce que toutes les difficultés fussent aplanies et le tout réglé d'une manière stable et définitive. Le Recteur au lieu de faire comme l'Ecole, d'attendre les instructions de Rome, *mieux informée*, pour en recevoir les ordres et s'y conformer, le Recteur s'empressa de révoquer les nominations des Professeurs de l'Ecole et de former sa nouvelle faculté.

Ce court historique des faits donne la preuve accablante du mépris de Laval pour le Décret du St. Siége et de son refus positif à l'exécuter ! Maintenant, venons au dernier document, à la Bulle de l'érection canonique de Laval qui est postérieure au Décret. Dans cette Bulle, tout en faisant allusion à l'observation du Décret, le St. Père après avoir remercié Sa Majesté la Reine Victoria pour sa Charte Royale, recommande expressément de s'y conformer, " cui in nullâ re derogatum volumus. "

Il est donc évident que le St. Siége ne voulait enfreindre en rien les dispositions de cette Charte et qu'on l'a indignement trompé pour l'amener à décréter un tout autre ordre de choses que celui dont dispose la charte à laquelle il ordonne néanmoins de ne déroger en rien. Et pour preuve, nous dirons que durant notre séjour à Rome nous avons eu toutes les peines du monde pour prouver que la charte était violée ; on

nous alléguait toujours que Laval persistait à dire qu'elle lui donnait le privilége d'en agir comme elle l'avait fait.

C'est cette persistance de Laval à soutenir ce point qui nous a forcé d'aller à Londres prendre l'opinion légale de Sir Farrer Herschell pour convaincre les autorités Romaines.

Aussi doit-il être humiliant pour Laval maintenant d'avoir demandé cette nouvelle charte et donné elle-même *ainsi et publiquement encore* cette preuve accablante de sa mauvaise foi ! Elle espère peut-être s'en tirer par ses nouvelles démarches auprès du gouvernement local en en obtenant la régularisation de sa succursale. Mais en ce cas même, elle n'en serait que plus désobéissante aux yeux de Rome puisqu'elle chercherait par là même justement le moyen de faire prévaloir l'autorité civile pour conserver cette faculté nouvelle qu'elle a créée en contradiction avec les desseins de Rome pour nuire à l'Ecole de Médecine au secours cependant de laquelle le St. Siége lui ordonnait de venir, et que par toutes ses démarches elle force de continuer à rester affiliée à une université protestante, ce que Rome voulait empêcher.

Enfin la Charte Royale ne permettant pas d'autre extension à Laval en dehors de Québec que par l'affiliation, Laval s'étant opposé à Rome à ce qu'elle fût accordée à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal en lui suggérant ce mode de succursale, Laval a donc, tout en le trompant sur sa position réelle, désobéi au St. Siége qui lui recommandait de ne déroger en rien à cette charte " cui in nullâ re derogatum volumus." De plus elle n'a pas craint de mettre le St. Siège en contradiction avec lui-même. Si laissant de côté cette idée de succursale, Laval faisait incorporer, par la législature, ses prétendues facultés de Montréal pour se les affilier, elle ne serait pas plus dans l'ordre, Rome (pour plaire à Laval) n'a pas voulu d'affiliation et d'ailleurs ces facultés que Laval s'affilierait ne seraient pas, *celles de Droit et de Médecine existant alors à Montréal*, et que Rome avait en vue !

Donc il est clairement prouvé que Laval a méconnu et foulé aux pieds la Charte Royale, le Décret et la Bulle du St.

Siège, documents qui limitaient ses pouvoirs et lui traçaient la marche qu'elle avait à suivre !

De plus au lieu de tendre loyalement la main à l'Ecole de Médecine, *son aînée,* comme le lui recommandait le St. Siège, elle a tout fait, au contraire, pour l'anéantir et la supplanter ! Au lieu du patriotisme et du sentiment religieux qui devaient l'engager à favoriser cette école nationale qui donnaient depuis plus de trente ans des preuves de son zèle infatigable et de son dévouement pour l'enseignement des sciences médicales, elle n'a pas hésité à chercher à former *une quatrième école*, dans une petite ville comme Montréal, pour mettre de côté cette faculté qui lui offrait non-seulement toutes les garanties voulues, mais encore un vaste hôpital, une belle maternité, des Dispensaires et une bâtisse convenable et *qui se suffisait à elle-même depuis si longtemps.*

Pour refuser ces avantages, elle a choisi les élèves de cette école et quelques-uns des plus jeunes même, elle les a lancés comme Professeurs en comptant pour leur support sur la charité publique seulement. Elle n'avait ni bâtisse, ni hôpital ; les portes de l'Hôtel-Dieu lui ayant été refusées. Elle a mené ses prétendus quelques élèves à l'hôpital protestant et aux lectures de Professeurs d'une université protestante, *ce que Rome la chargeait d'empêcher.* C'est pour sortir de cette fausse position qu'elle veut encore imposer à la charité publique le soutien de cet hôpital de la rue Notre Dame, hôpital de cinqante lits ! Hôpital dont la seule raison d'être vient d'être expliquée et qui n'est nullement nécessaire à la ville, mais *indispensable* à cette prétendue succursale !

Mais pourquoi l'Université Laval veut-elle donc si obstinément s'implanter ici à Montréal ? Quel vertige la pousse à agir en contravention si palpable avec sa Charte, le Décret et la Bulle de Rome ?

Ce n'est certainement pas toujours pour plaire et se rendre aux désirs des autorités religieuses locales, puisque depuis plus de vingt ans déjà elle est à Rome, *qu'elle n'a cessé de tromper*, pour paralyser, tour à tour, les généreux efforts de

nos deux Evêques de Montréal qui, confiant en ses promesses, l'ont aidé à obtenir sa Charte et devaient nécessairement compter *au contraire* sur son appui, après les engagements qu'elle en avait pris *si explicitement* avec eux à cet égard ! Il n'est donc pas étonnant qu'elle se soucie peu, après cela, des vues, des désirs et des besoins des diocèses voisins de celui de Montréal !

Après ces considérations, peut on être étonné du peu de cas qu'elle fait de notre population et de ses aspirations ?

Non, Laval n'a rien respecté, ni sa parole donnée, ni les vœux de notre clergé, ni ceux de nos institutions scientifiques qu'elle a violentées !

Mais l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a été surtout l'objet de ses convoitises et le point de mire contre lequel elle a dirigé avec le plus de malveillance tous ses efforts. On l'a même représentée ici comme à Rome, en lutte ouverte contre le St Siége ; on en a fait une rebelle aux autorités religieuses ! Pourtant l'Ecole en a toujours référé à ces autorités, et c'est elle encore aujourd'hui qui est aux pieds du St. Père et lui demande de juger la position, promettant d'avance de se soumettre à sa décision, comme elle n'a cessé de le déclarer dès le commencement même des difficultés !

Aussi l'Université de Québec, voyant la lumière se faire et et sentant enfin tout ce que sa position a de faux et de compromettant pour elle, intrigue de tous côtés et met à son profit toutes les passions humaines en jeu, à ce point que l'on voit des ministres locaux, *habitant Montréal*, trahir les intérêts de leur ville et prêter la main à l'ennemi pour lui aider à nous priver de cette université indépendante pour l'obtention de laquelle on combat depuis plus de vingt ans ! Amère déception ! quand on compare à ce fait le généreux dévouement de nos pauvres paysans, qui s'imposent des sacrifices pécuniaires pour élever des écoles et des colléges dans leur localité ! Sans ces tristes défections, ces étonnantes adhésions *d'hommes de loi* pour le maintien d'un ordre de choses si illégal, en suivant les impulsions de ce patriotisme éclairé

qui avait inspiré ce premier mouvement pour mettre notre instruction sur un pied conforme à celui des grands centres de l'Europe, nous aurions déjà depuis longtemps notre propre université à Montréal !

Mais Laval, qui a cru l'Ecole de Médecine *seule*, *sans énergie*, *sans ressources pécuniaires*, a rencontré chez elle cette ferme et vigoureuse résistance qu'inspirent toujours aux hommes de cœur les procédés injustes dont on veut les faire victimes.

Comme pour être bon chrétien il faut obéir aux ordres de l'Eglise, de même pour être bon citoyen il faut respecter la loi. C'est forte de cette position que l'Ecole de Médecine a fait face à la tempête. Elle n'a rien à se reprocher.

Elle a donné le temps nécessaire à Laval pour mûrir ses réflexions, prendre conseils et des autorités religieuses et des autorités civiles. Cette Université persistant à fouler aux pieds sa Charte et ne voulant pas attendre la décision de Rome, l'Ecole de Médecine se voit forcée de la citer devant les tribunaux. Elle ne fait en cela du reste que se rendre à la pression de ceux qui veulent se débarasser de Laval, agissant obstinément en opposition avec sa Charte et les vues de Rome. Les nombreux amis de la cause demandent à souscrire pour payer les frais à encourir pour aller jusqu'au dernier tribunal. Cette nécessité, l'Ecole a voulu, a cherché à l'éviter. Elle s'est adressée d'abord à son Ordinaire puis à N.N.S.S. les Evêques assemblés en Concile à Québec. Et quoique le Décrêt leur ordonnât de travailler en union avec Laval pour faire réussir ce projet dont Rome leur posait les bases, ils ne voulurent pas intervenir. L'Ecole a du nécessairement alors s'adresser au St. Siége pour lui représenter les griefs dont elle avait à se plaindre de la part de Laval, lui demander justice protestant en même temps de sa soumission et de sa détermination à accepter d'avance le jugement que dans sa sagesse rendrait le St. Siége.

L'université Laval est donc citée devant les tribunaux ecclésiastiques et les tribunaux civils.—Telle est la position de l'Ecole aujourd'hui, la justice de sa cause en fait la force.

Et pour soutenir cette lutte, l'argent ne lui manquera pas non plus. Ce n'est plus l'Ecole de Médecine seule, mais la population qui veut que justice soit rendue. Elle saura reconnaître ceux qui n'ont que l'égoïsme pour règle et se soucient peu du bien général.

Les médecins élèves de l'Ecole de Médecine, dont le réseau couvre tout le pays, sauront bien faire valoir en masse leur influence en faveur de leur alma mater.

Pour arrêter ce courant des idées et chercher à le paralyser en excitant des craintes chimériques, la rumeur rapporte que le Recteur menace de fermer les portes de l'Université à Québec même si sa succursale ne peut tenir à Montréal ! Personne ne sera dupe de ce langage *et ne craindra un aussi grand malheur* !

Le bruit circulait encore que, pour se rendre aux désirs des Evêques de la province ecclésiastique de Québec, le Parlement Provincial allait être convoqué dans le but spécial, quoi que non apparent, d'accorder une nouvelle Charte à l'Université Laval pour lui permettre, *cette fois*, d'organiser sinon avec justice, du moins *légalement*, toutes les branches qu'elle voudra et lui assurer ainsi le monopole universitaire.

Ainsi cette pauvre succursale de Montréal, si jamais elle existe, aura coûté au pays tous les frais de cette session, sans compter les subsides à venir et ceux que le Parlement lui a déjà accordés à elle et son hôpital, quoi qu'ils n'eussent aucune existence légale !

La convocation des Chambres pour le 28 avril prochain et le but assigné, semblent corroborer cette dernière rumeur. Mais est-il loisible, est-il décent même pour le Parlement de législater en rapport avec la Charte Impériale. Nous avions toujours cru que l'on pouvait en appeler à un tribunal supérieur, mais jamais après un acte impérial en venir au gouvernement local ?

Puis Rome étant saisie de la question en litige, par la *partie laïque* elle-même, la partie *religieuse* peut-elle maintenant chercher ainsi par tous ces substerfuges à échapper aux consé-

quences des jugements à intervenir devant la cour de Rome comme devant les tribunaux civils?

Pour terminer enfin ce long article, nous croyons qu'il serait bien plus raisonnable pour Laval de se rendre à l'évidence des faits, de ne pas chercher à faire compromettre davantage ses protecteurs et rentrer sans bruit dans ses foyers, pour y faire tout le bien possible, plutôt que de forcer l'Ecole à dérouler devant les tribunaux et tout le public les faits qui se rattachent à cette affaire.

TÉTANOS PUERPÉRAL

PAR FLEETWOOD CHURCHILL.

(*Suite et fin.*)

IV. — CAUSES.

Il est difficile d'énumérer avec précision les causes de cette maladie ; mais j'ai noté que, dans tous les cas, on aurait pu l'attribuer tantôt à l'impression du froid, tantôt à des violences extérieures. Dans une observation, il y eut une hémorrhagie qui exigea l'emploi du tampon ; dans une autre, le placenta fut retenu et se putréfia dans l'utérus. Dans une observation publiée par Finucane, le tétanos survint après une version, et Paul Dubois le vit se produire après une opération césarienne. Dans l'observation de Patterson, le travail avait été naturel, et la convalescence paraissait se passer dans les meilleures conditions. Le tétanos semble plus fréquent dans les pays chauds que dans les climats froids, mais Simpson a montré que dans ces derniers il n'y avait pas à tenir compte de l'influence de la saison. Waring a publié un relevé des cas de tétanos survenus dans l'état puerpéral à Bombay. On peut y voir que, pendant une période de trois années finissant en décembre 1863, il ne mourut pas moins de 232 femmes de cette affection ; le nombre paraît encore augmenter. La mortalité était plus considérable pendant la saison humide.

Le froid, les violences extérieures, les opérations et peut-être aussi la présence de matériaux en putréfaction dans l'utérus paraissent en somme être les causes déterminantes

les plus usuelles du tétanos. Quand au caractère pathologique de la maladie, Simpson l'attribue à la lésion de la surface interne de l'utérus, qu'il compare, comme on le sait, aux plaies résultant d'une grande opération et pouvant par suite donner lieu comme celles-ci au tétanos. La raison qui fait que l'accouchement ne donne pas plus souvent lieu à cette terrible affection, est peut-être dans ce fait que l'utérus est presque complétement suppléé par les nerfs du grand sympathique. La maladie une fois développée consiste surtout dans l'excitation du système spinal réflexe ou de quelque portion de ce système. Quelles conditions en obstétrique et en chirurgie pourraient, isolées ou réunies, produire le tétanos traumatique ? Simpson émet cette opinion que peut-être quelque altération du sang, quelque irritation centrale ou quelque irritation morbide de la moelle, ou bien quelque irritation propagée le long des branches nerveuses, depuis le siége de la blessure jusqu'au système nerveux central, pourrait expliquer la production du mal et en constituer l'élément essentiel. Peut-être les recherches nombreuses dont le tétanos est l'objet pourront-elles un jour jeter quelque lumière sur cette obscure affection.

[[Dans deux cas de tétanos survenus après l'avortement, et rapportés par A. Wiltshire, la malade présentait une grande dépression morale. Aussi ce médecin prétend que le tetanos n'est pas seulement dû à des modifications périphériques, mais surtout à un trouble cérébro-spinal.]]

V. — Traitement.

Pour le traitement de cette maladie, je renverrai mes lecteurs aux œuvres de nos maîtres en chirurgie. Les remèdes locaux me paraissent devoir être mis hors de cause, et, quant aux moyens généraux, les plus recommandés sont les suivants de l'avis de Simpson : 1o. on maintiendra le plus grand calme autour de la malade à qui on évitera autant que possible toute cause d'irritation physique ou mentale ; 2o. on évitera toute tentative douloureuse et toujours inutile pour écarter les mâchoires et forcer la malade à avaler. On sou-

tiendra les forces et l'on apaisera la soif par des lavements et par des topiques humides appliqués sur la peau ; 3o. s'il existe quelque raison de penser que des matières irritantes accumulées dans les intestins puissent agir en augmentant le malaise, il faudra les vider au moyen de quelques lavements appropriés ; 4o. on cherchera à détendre les spasmes toniques et à diminuer l'excitabilité réflexe du système nerveux par des sédatifs, des antispasmodiques, avec l'espoir d'enrayer cette excitabilité réflexe ou au moins d'éloigner les dangers menaçants de la maladie, et lui permettre ainsi de passer de cet état d'acuité à une forme pour ainsi dire subaiguë, et donnant par conséquent plus de prise au traitement et plus de place à l'espoir.

Parmi les cas qui ont guéri, l'un a été traité par de larges saignées, par le musc et la valériane, un autre par les vésicatoires et les grands bains, un troisième par la saignée et les bains chauds, un quatrième par des lavements de térébenthine, un cinquième enfin par des immersions froides.

Les calmants qui ont été le plus employés sont l'opium administré par la bouche et l'infusion de tabac par le rectum. A ces moyens on peut ajouter la belladone, la stramoine, la ciguë, la jusquiame, le musc, le camphre, le haschich, l'acide cyanhydrique, la valériane, etc. Tous ces médicaments ont été tour à tour préconisés par différents auteurs. Il est cependant impossible de juger en dernier ressort parmi tous ces médicaments. Pour ma part, j'avoue que j'aurais plus de confiance dans le chloroforme ou l'éther. Le chloroforme, dit Simpson, administré à dose suffisante, agit comme un sédatif direct sur le système nerveux et sur la contractilité exagérée du système musculaire. En raison de cette influence, il constitue un des moyens les plus sûrs et les plus maniables de calmer les attaques convulsives ordinaires, et, suivant les observations publiées dans la presse médicale, l'usage du chloroforme a éte nombre de fois couronné de succès dans le tétanos traumatique. Ce moyen a cependant failli à calmer les formes les plus aiguës

de la maladie. Peut-être les insuccès sont-ils dus à ce que les malades n'ont pas été suffisamment ni assez longtemps soumis à l'action du chloroforme. Si on l'emploie dans le tétanos, il faudra en continuer l'action pendant un grand nombre d'heures, quelquefois même pendant plusieurs jours. Il est parfaitement avéré que le moyen n'offre aucun danger si l'action est surveillée avec soin.

L'observation suivante fournira un excellent exemple du traitement par le chloroforme. Elle est rapportée par Laurie de Glasgow :

Observation IV. — Madame B..., belle jeune femme de 24 ans, pendant le troisième mois d'une troisième grossesse fit une fausse couche le 4 janvier 1854. Elle eut une hémorrhagie considérable contre laquelle on eut recours au tamponnement, à la glace, à la compression. La malade était tellement bien le dimanche 8 janvier que je cessai mes visites. Le jeudi, 12, elle se plaignit de roideur dans la mâchoire inférieure ; mais ne soupçonnant en aucune façon la nature du mal, elle me fit appeler le samedi 14. Il y avait du trismus très-marqué : mais les spasmes ne s'étendaient pas au delà des muscles du cou. Le pouls était à peu près normal. Tous les efforts de déglutition causaient de grandes douleurs et produisaient des spasmes dans les muscles du cou et du larynx avec imminence de suffocation. Je défendis tout effort de déglutition, je prescrivis des lavements nourrissants additionnés de 50 à 100 gouttes de laudanum toutes les six heures, des applications sur le cou de chloroforme et d'aconit. Il y eut peu de changement jusqu'à la nuit du lundi 16, quand tout à coup le pouls s'éleva à 120 ; les spasmes augmentèrent, mais ils ne s'étendaient pas au delà du cou ; la déglution était impossible. Je fis faire alors des inspirations de chloroforme qui eurent une action merveilleuse et apportèrent un soulagement immédiat. Je montrai au mari et à la mère de la malade la manière de s'en servir, et celle-ci est restée d'une manière plus ou moins continue sous l'influence du chloroforme. Le jeudi 18, le pouls était revenu à 96,

et la patiente avala avec une facilité relative. Aujourd'hui vendredi 20, l'amélioration ne persiste pas; le pouls est à 108; les muscles abdominaux sont rigides et le rectum ne retient plus les lavements. J'étais préparé à cette complication; depuis le 15, ma malade a été frottée avec soin d'huile, de beurre et de crême. La déglutition est assez facile. Un symptôme que j'ai oublié de signaler et qui cependant était un des plus pénibles, c'était une constante toux résultant d'une accumulation de mucosités. En deux jours elle disparut. Je comptais dès lors sur la guérison.

[[On devra aussi employer le chloral et le bromure de potassium à doses assez considérables, qui jouissent à un haut degré de la propriété de diminuer ou même d'anéantir le pouvoir excito-moteur de l'axe cérébro-spinal.]]

NOTE DU RÉDACTEUR.

Comme la plupart de nos médecins composent leurs bibliothèques d'ouvrages qu'ils font venir de France, et que sa littérature médicale ne fait nullement mention du tétanos puerpéral, si nous exceptons l'article spécial à la description de cette maladie dans le Traité clinique et pratique des maladies puerpérales par le docteur Hervieux, nous avons cru devoir insérer dans l'*Abeille Médicale* les pages ci-dessus, en reproduisant exactement la traduction qu'en ont faite MM. les docteurs Wieland et Dubrisey.

Pour nous, après plus de quarante ans d'une clientèle bien active et plusieurs milliers d'accouchements, nous n'en avons jamais encore rencontré de cas. Si quelques confrères ont eu à traiter le tétanos dans de telles circonstances, nous serions heureux de recevoir leurs notes pour les publier.

Les causes assignées à ce terrible accident par F. Churchill d'après Simpson, ne font cependant pas défaut dans ce pays, surtout celles attribuées à la température qui est parfois si élevée dans nos brûlants étés et souvent et si longtemps si basse durant nos longs hivers.

D'où nous vient donc cette immunité ?

De la soustraction des liquides nuisibles de l'estomac par la pompe gastrique (1).

PAR M. le Dr SÉE Professeur à la Faculté de médecine.

HISTORIQUE DE L'ASPIRATION GASTRIQUE, DANS LE TRAITEMENT DES DILATATIONS DE L'ESTOMAC.

Si nous avons conservé des doutes, et formulé des réserves sur l'emploi des moyens chimiques, tels que l'acide chlorhydrique et les pepsines, si nous avons fait une plus large part aux alcalins, en raison de leurs propriétés sécrétoires du suc gastrique, si nous avons insisté sur l'utilité des liqueurs alcooliques dans certaines périodes de la digestion, il n'en est pas moins vrai que tous ces procédés, toutes ces médications doivent céder le pas à une méthode, que mon expérience de dix années m'a démontré être la plus rationnelle et la plus pratique : je veux parler de la soustraction des liquides nuisibles de l'estomac par la pompe gastrique.

En 1869, un clinicien des plus ingénieux, le professeur Kussmaul (de Fribourg), eut l'idée de retirer de l'estomac, à l'aide d'une sonde munie d'une pompe aspirante, lorsque cet organe se trouve dilaté par une cause mécanique ou simplement physique, les liquides nuisibles ou excessifs de cet organe ; puis de soumettre la cavité stomacale à un lavage régulier, en introduisant de l'eau, qu'on retire ensuite à l'aide de la même pompe.—Ces résultats furent surprenants dans l'ectasie de l'estomac.

HISTORIQUE DU SIPHON ET DES DIVERS APPAREILS.

Quarante ans avant Kussmaul, un médecin américain du nom de Somerville avait déjà indiqué le lavage simple de l'estomac à l'aide de longs tuyaux formant siphon ; en 1870, un an après Kussmaul, Iurgensen, M. Rosenthal, Hodgen

---

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner aux lecteurs de *L'Abeille Médicale* la primeur de l'important ouvrage que M. le professeur Sée publie à l'heure qu'il est sur les dyspepsies et dont il a bien voulu communiquer les *bonnes feuilles* au *Journal de thérapeutique*.

modifièrent le procédé d'évacuation dans le sens indiqué par Somerville et parfaitement oublié ; ils supprimèrent la pompe, et se contentèrent de procéder au lavage de l'estomac, à l'aide du siphon, qu'on tend à généraliser maintenant en Allemagne et en France ; c'est ainsi qu'opère Bucquoy, et d'une autre part Fauchier, qui a eu le mérite de remplacer la sonde dure, que le médecin seul peut manier, par la sonde molle que le malade peut s'introduire directement. Sauf cette dernière modification, qui peut devenir utile pour les malades intelligents et adroits, le procédé du siphon me paraît moins sûr que la pompe stomacale, qui n'a jamais le moindre inconvénient, si on la manie doucement, avec précaution, et présente le grand avantage de produire l'évacuation complète, même du grand cul-de-sac de l'estomac, où les liquides nuisibles s'accumulent si facilement, comme l'urine reste stagnante dans le bas-fond de la vessie. — Si les Allemands sont parvenus par des manœuvres violentes, ou même par la sonde, à déterminer des érosions de la muqueuse, à enlever même des morceaux de membrane, il ne s'est cependant jamais formé d'ulcération ; il y manquait la condition du trouble circulatoire ; s'ils ont parfois provoqué des hémorrhagies, celles-ci n'ont jamais eu de suite ; la contraction des muscles de l'estomac les a arrêtées. Dans tous ces cas, a-t-on pris toutes les mesures et tous les soins ? J'en doute ; car après des milliers de sondages que j'ai pratiqués ou fait pratiquer par mes élèves, je n'ai jamais observé le moindre préjudice résultant de l'usage de la pompe, même dans les maladies les plus graves de l'estomac ; tout l'appareil construit par Colin consiste en une pompe en gutta-percha, munie de tube en caoutchouc et de robinets en divers sens, de façon à pouvoir vider ou remplir l'estomac sans retirer la sonde œsophagienne molle ou dure, qui doit toujours être munie d'un bout olivaire à deux fenêtres terminales.

PREMIÈRES APPLICATIONS DE LA POMPE AUX DYSPEPSIES.

Aussitôt après la publication du mémoire de Kussmaul, qui ne visait que les dilatations de l'estomac, et ne tendait pour

ainsi dire qu'à décharger l'organe de son trop-plein, de manière à lui permettre de revenir à son état normal, je compris que cette méthode ne consistait pas dans un simple moyen d'évacuation, que des applications bien autrement larges, en un mot que des visées plus hautes étaient réservées à ce moyen si singulier, et en même temps si simple de traiter les maladies stomacales. D'après ces conceptions nouvelles, la méthode devait avoir un mode multiple d'action, et par conséquent remplir des buts très divers.

Observation de dyspepsie grave guérie par la pompe stomacale. — L'occasion de vérifier ces prévisions ne tarda pas à se présenter à mon observation. Un malade atteint d'une maladie grave de l'estomac me fut adressé, en 1869, par les docteurs D., et R., de la Normandie ; sa maladie avait débuté sans cause connue un an auparavant, par des vomissements alimentaires, qui ne tardèrent pas à devenir incoercibles en même temps que très douloureux, et à entraîner avec une inappétence absolue une flatulence pénible, l'amaigrissement le plus considérable, la coloration jaune-paille des téguments, en un mot toute la série caractéristique du cancer ; c'était là l'opinion exprimée par nos confrères sur ce malade, qui fut, à ce titre, considéré comme incurable. — Toutefois, comme il n'y avait jamais eu de vomissements noirs, c'est-à-dire contenant de l'hématine décomposée au contact prolongé du suc gastrique, comme d'une autre part il n'existait ni tumeur épigastrique, ni engorgement glandulaire cancéreux nulle part, ni enfin aucune trace d'œdème, je soupçonnai un rétrécissement pylorique, et je ne renonçai plus à tout espoir de soulagement ; aussi bien je me mis en devoir, aidé par mon cousin Marc Sée, de procéder aux sondages réguliers de l'estomac chez ce malade, c'est-à-dire à l'évacuation des liquides qui furent toujours très abondants, puis au lavage de l'estomac. Les résultats furent surprenants : au bout de peu de jours l'appétit reparut, et les vomissements cessèrent ; peu à peu on parvint à faire supporter, soit du lait, soit du café au lait, soit de la viande crue. — L'extraction des liquides et le

nettoyage de l'estomac ne purent toutefois être interrompus un seul jour sans préjudice, pendant plus de trois mois ; puis l'amélioration fut telle que le malade put retourner dans son pays, où il se sondait lui-même, faisant pratiquer l'aspiration journellement pendant près d'un an. La guérison fut complète et définitive, car depuis dix ans je n'ai cessé de la constater une ou deux fois par an.

Diverses observations de guérisons de dyspepsies. — Depuis ce temps j'ai appliqué cette méthode de traitement à un très grand nombre de dyspepsies les plus variées dans leur origine, qui avaient résisté à tous les moyens usuels, et qu'on pouvait par conséquent considérer pour cette raison, ainsi qu'à cause de la dénutrition des malades, comme des cas graves, ou même désespérés. — Depuis dix ans, j'ai recueilli au moins trente observations de ce genre, rigoureusement choisies parmi les plus probantes.

Il y a à peine six semaines, je fus mandé en province, pour un malade âgé de quarante ans, présentant depuis un an tous les signes de la dyspepsie cancéreuse, avec une déperdition tellement considérable des forces, que depuis trois mois le malade ne peut plus quitter son lit. — Je confiai le sondage à un médecin aliéniste très distingué, ayant l'habitude d'alimenter ses malades par la sonde. Les effets du traitement furent des plus convaincants. Au bout de six à sept jours on put faire tolérer chaque jour 100 grammes de viande crue, délayée dans le bouillon, tandis que pendant les derniers temps qui ont précédé la lixiviation de l'estomac, aucun aliment n'était toléré régulièrement, sans provoquer de violentes douleurs. Aujourd'hui, après six semaines de traitement, le rétablissement est complet.

INTERPRÉTATION DE L'ACTION DE LA POMPE STOMACALE.

Pour bien faire comprendre l'action de la pompe et du nettoyage de l'estomac, nous supposerons un dyspeptique chez lequel on opère tantôt à jeun, tantôt à la fin de la digestion.

a. Lavage de l'estomac avant la digestion :

1° En opérant à jeun, ce qui doit constituer la règle, on retire de l'estomac un suc gastrique neutre, ou à peine acide, et par conséquent inefficace ; on débarrasse ainsi l'estomac d'un liquide inutile, qui peut, en se mêlant avec le suc gastrique, dont les aliments vont déterminer la sécrétion, enrayer l'action digestive de ce nouveau suc.

2° On extrait en même temps une quantité de *mucus* plus ou moins considérable, qui en se mêlant au suc gastrique prêt à être sécrété, et à entrer en fonction, ne manquera pas d'entraver son action en diminuant son acidité ; la dyspepsie muqueuse est celle qui se prète naturellement le mieux à cette utile spoliation ;

3° En soustrayant l'estomac à l'impedimentum créé par le mucus d'une part, et par un suc gastrique imparfait d'autre part, on dispose la muqueuse ou plutôt les glandes pepsiques à sécréter, au contact des aliments, un liquide digestif, dont rien n'entrave plus le fonctionnement, dont rien n'altère la composition ; indirectement le pompage constitue par conséquent un puissant agent de sécrétion, un véritable pepsinogène.

b. Pompage à la fin de la digestion. — Lorsque l'extraction des liquides gastriques a lieu à la fin de la digestion, on obtient les résultats suivants :

1° Si le repas a été copieux, il existe ordinairement dans l'estomac en voie de digestion un excès de *peptones*, qui constituent de véritables gènes pour la pepsine ; les produits faits empêchent la pepsine d'en créer d'autres ; cela est si vrai, que si dans une digestion artificielle on enlève les peptones, l'opération, qui était arrêtée, recommence immédiatement sur de nouveaux frais ; sur le vivant, le même résultat peut s'obtenir par l'extraction de la masse chymeuse et par le lavage de l'estomac ; dès lors la sécrétion gastrique reparait avec ses qualités et ses propriétés normales ;

2° Dans les repas ordinaires, il n'y a pas d'excès de peptones, et par conséquent rien à modifier sous ce rapport ; mais souvent alors la digestion normale, c'est-à-dire la fermenta-

tion régulière, dépasse les limites physiologiques et se transforme en une vèritable décomposition putride ; cette anomalie se manifeste surtout lorsqu'il s'introduitdu dehors un ferment animé, comme la sarcine ; dans ces cas il se produit une série d'acides volatiles, d'acides gras et de gaz qui indiquent une fermentation butyrique ou alcoolique ; soustraire ces acides et ces gaz, c'est la fonction de la pompe stomacale ; et en dégageant ainsi l'estomac, on remet pour ainsi dire la muqueuse à découvert, de telle sorte que le contact des aliments nouveaux provoque à l'instant même une sécrétion nouvelle et de bonne nature. L'appétit reparaît dès que les acides anormaux et les gaz putrides (CO^2, etc.) viennent à disparaître, l'auto-infection cesse complétement, l'estomac se trouve débarrassé d'un suc gastrique infectieux, irritant, abondant et nul ; le malade est pour ainsi dire en présence d'un estomac nouveau, se prêtant à merveille à sa destination originelle.

c. Pompage gastrique en général. — Dans toute circonstance, c'est-à dire, soit avant soit après la digestion, on obtient les résultats suivants, par la pompe gastrique :

1° Par l'expulsion des gaz, le *tympanisme* cesse ; le ventre se dégonfle, les éructations sont supprimées.

2° Aussitôt que le météorisme est surmonté, on voit à l'instant disparaître l'*oppression* si pénible pour le malade, et souvent si inquiétante pour le médecin, qui ne soupçonne pas toujours la cause efficiente de cette dyspnée.

3° Les *douleurs* qui dépendent de la tympanite n'ont plus de raison d'être ; l'estomac cessant d'être distendu, les nerfs intra-musculaires de l'organe gastrique cessent d'être tiraillés et les sensations douloureuses qui provenaient de cette élongation des rameaux nerveux n'ont plus de raison d'être. — Or ce sont là les douleurs les plus fréquentes, les plus constantes.

4° On peut même y ajouter les *spasmes douloureux,* résultant de la contraction excessive, brusque, qui succède à une distension atonique de la musculature stomacale ; ces spas-

mes et les crampes d'estomac, qui en sont la traduction fidèle, s'éloignent, s'atténuent et finissent par être oubliés.

5° La cessation de la surcharge qui s'était imposée à la cavité stomacale entraîne pour la paroi musculaire et élastique de l'estomac un retour à la contractilité, à l'élasticité normales ; les mouvements péristaltiques reviennent avec leur intensité, leur rhythme habituel ; les aliments sont ainsi plus facilement et plus longuement mis en contact avec le suc gastrique ; de là, et par voie indirecte, une digestion plus parfaite, et en même temps moins longue, moins pénible, *plus légère* si on peut s'exprimer ainsi.

6° La constipation cède également, et cela dès les premiers jours qui succèdent au dégagement de l'estomac ; la solidarité fonctionnelle, qui, au point de vue de la musculature, lie le gros intestin à l'intestin grêle et à l'estomac, ne manque pas de s'exercer sur les fibres musculaires du côlon et du rectum ; le mouvement péristaltique s'y dessine nettement comme il se produisait tout à l'heure dans les parois de l'estomac.

Voilà, en résumé, des effets qu'on observe par l'appropriation, la réfection de l'estomac. — On comprend maintenant pourquoi, dès le premier jour de l'invention de la pompe stomacale, j'ai appliqué l'usage de l'instrument ou plutôt, la méthode aspiratrice aux dyspepsies, tandis qu'on n'en avait fait qu'un simple moyen d'évacuation dans les ectasies gastriques. Si d'autres cliniciens depuis 1870 ont tenté les applications de cette médication aux dyspepsies, ils ont bien gardé le secret sur les résultats de leurs tentatives, je ne connais pas une seule observation précise relativement aux dyspepsies ainsi traitées ; mais je trouve quelques assertions vagues à ce sujet, sans aucune preuve à l'appui. J'excepte les toutes récentes indications de Paul Bucquoy.

APPLICATIONS DE LA POMPE STOMACALE A DIVERS TROUBLES MOTEURS ET SENSITIFS DE L'ESTOMAC.

C'est pour compléter l'étude des applications de la pompe stomacale aux diverses maladies de l'estomac, autres que les

dyspepsies et les dilatations, que j'intercale ce paragraphe, qui n'a de mérite que la nouveauté.

a. Atonies spasmodiques de l'estomac. — Gastralgies. — Les névroses de l'estomac, appelées gastralgies, et qui, en réalité, ne sont que des troubles moteurs, semblent devoir réclamer le même traitement que la dilatation stomacale, qu'on doit considérer comme une maladie d'ordre mécanique. Mais il y a cette différence à noter entre les deux genres d'affections, c'est que souvent la dilatation est accompagnée temporairement de dyspepsie, et presque constamment de vomissements abondants, alimentaires, répétés ; dans ces deux circonstances le pompage de l'estomac est indiqué au point de vue de ses avantages chimiques, au moins autant qne comme moyen mécanique.

Dans les troubles moteurs de l'atonie gastrique, il n'existe pas la moindre défectuosité chimique, et la pompe n'aura d'autre avantage que d'aider à la restitution du *ressort* de la paroi musculaire. Or, un pareil résultat s'obtient, et tout aussi sûrement, par l'hydrothérapie, par douches d'eau minérale chaude, par le régime et les laxatifs. L'indication du lavage n'existe pas, et bien que, dans ces derniers temps, Malbrane (*Berliner Wochenschrift*, 1876, n°4) ait employé avec succès la *douche chaude d'eau gazeuse* intra-stomacale, je continuerai à mettre en usage, avant d'imiter son exemple, toute la série des moyens usuels, qui seront indiqués dans la thérapeutique des pseudo-dyspepsies.

b. Vomissements incoercibles. — Dans les vomissements incoercibles, indépendants des lésions graves de l'estomac, j'ai obtenu des résultats très remarquables. Dans ces conditions, je commence par la série des purgatifs, attendu que bien souvent ces vomissements dépendent de la constipation, ou de l'obstruction intestinale. Quand cette méthode ne réussit pas, il est rare de réussir mieux avec des injections hypodermiques de morphine ; c'est alors que j'ai recours aux appropriations de l'estomac par un lavage répété.

c. Anorexie grave. dite hystérique. — Dans deux cas d'ano-

rexie, ou plutôt de refus invincible de manger, que j'observai chez des jeunes filles, j'eus recours, après avoir mis en usage tous les genres de médicaments et d'aliments, après avoir insisté sur les moyens qu'on appelle moraux, et qui restèrent aussi inefficaces que les premiers, à l'emploi de la pompe stomacale. — L'une de ces jeunes malades était arrivée au dernier degré du marasme, ne se nourrissant journellement, depuis plusieurs mois,que de quelques cuillerées de café au-lait, lorsqu'aidé des conseils de mon ami et collègue Lasègue, je mis en usage la pompe stomacale; la malade guérit après trois mois de ce traitement mécanique.

Applications de la pompe stomacale aux lésions graves de l'estomac.

Parmi les lésions graves de l'estomac, l'ulcère simple doit constituer, malgré une tentative récente et favorable, une absolue contre-indication; on risquerait, par le pompage ou même par le siphon, de compléter la destruction d'une paroi vasculaire, et de provoquer ainsi une hémorrhagie, ou bien encore de détruire une cicatrice imparfaite, de manière à produire une nouvelle hémorrhagie.

Mais en est il de même dans le cancer de l'estomac ? Ici la question est complexe, et mérite d'être élucidée.

1° *Cancer non ulcéré, siégeant sur les parois.* — S'agit-il d'un cancer non ulcéré avec ou sans tumeur appréciable, ayant son siége à l'une des parois, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer le pompage, surtout si en même temps il y a dyspepsie, inappétence et vomissements; le soulagement dans ces cas, et le retour de l'appétit, ne manquent presque jamais.

2° *Cancer pylorique non ulcéré, avec dilatation de l'estomac.* — Cette dernière circonstance constitue une indication formelle; il n'y a pas à craindre une hématémèse, attendu qu'il s'agit ordinairement de cancers squirrheux, ou épithéliaux.

3° *Cancer douteux ou dyspepsies à forme cachectique.* — Dans ces cas, le pompage est indiqué comme moyen de diag-

nostic ; la surprise de l'amélioration, même de la guérison de ces malades, n'est pas rare. — Je me souviens d'une vieille femme de chambre, qui présentait des vomissements alimentaires, des douleurs épigastriques, et un teint jaune-paille, qui commandaient l'inscription dans le cadre cancéreux. Le sondage guérit la malade.

Si, au contraire, il s'agit d'un cancer vrai et encéphaloïde, on peut être exposé à produire une véritable hémorrhagie ; j'ai été témoin d'un fait pareil en province et c'est le seul que j'aie vu.

4° *Cancer ulcéré avec hématémèse noire.* — Dans ce cas, il semble que la méthode doive être absolument condamnée ; il n'en est rien ; attendez que l'hémorrhagie soit enrayée par les injections de morphine et d'ergotine, puis tentez doucement l'emploi du siphon, puis pratiquez le sondage avec la pompe, vous serez frappés des résultats que les malades constatent eux-mêmes au bout de peu de jours ; les vomissements, les éructations, le tympanisme disparaissent sans que les hémorrhagies soient provoquées à nouveau. — J'ai pu ainsi prolonger depuis 1872 jusqu'en 1875 l'existence d'une dame atteinte d'un cancer ulcéré, arrivé à la dernière période et caractérisé par des hématémèses noires répétées jusqu'à trois ou quatre fois par jour..

Il y a trois mois, j'ai vu avec mon ami Dujardin-Beaumetz un malade atteint d'un cancer ulcéré et d'hématémèses graves qui remontaient à quatre ans ; l'amélioration fut telle que le patient a recommencé à prendre, à digérer des aliments solides, et a pu entreprendre sans dommage un long et pénible voyage en Orient. L'amélioration est telle actuellement malgré un œdème grave, qu'on a pu se demander si nous avions réellement affaire à un cancer.

Résumé. — Les dyspepsies graves et vraies se guérissent merveilleusement par la pompe stomacale, et plus sûrement encore que les dilatations de l'estomac. Comme les autres maladies de l'estomac, le cancer non ulcéré peut subir un notable soulagement par ce moyen ; l'ulcère, au contraire, en

contre-indique formellement l'emploi : quant aux atonies gastro-intestinales, elles guérissent par des procédés plus simples.

De la lithotritie en une seule séance, avec évacuation immédiate des fragments.

M. le Dr. Ed. Rousseau résume ainsi une intéressante revue critique qu'il consacre à ce sujet, dans les *Archives de Médecine :*

1o. Plus que jamais il faut, avant d'opérer, établir le diagnostic des dimensions et de la nature du calcul, de là dépend le choix du moyen auquel on aura recours. Si la pierre est petite ou de moyenne taille, comme cela est dans la majorité des cas, il n'est pas sage, il est même dangereux d'employer des instruments de fort calibre : les petits instruments sont d'un maniement plus commode et irritent moins la vessie et l'urèthre. Il faut réserver les instruments volumineux pour les cas exceptionnels où ils sont nécessaires. Pour pratiquer la lithotritie en une seule séance, il n'est pas besoin de faire usage de lithotriteur ou d'aspirateur de forme spéciale ; il importe seulement de savoir choisir l'instrument qui convient à chaque cas individuel.

2o. Dans les cas de pierres dures et volumineuses, la lithotritie en une seule séance est une opération plus difficile et demandant de la part de l'opérateur plus d'habileté et d'expérience que la lithotritie pratiquée suivant l'ancienne méthode.

3o. Rien encore aujourd'hui n'autorise à traiter tous les calculs par le broiement. Grâce à la nouvelle méthode, la lithotritie est une opération moins dangereuse et qui convient à des cas où autrefois il fallait avoir recours à la taille. Mais pour les pierres dures, pour celles dont le poids peut être approximativement évalué à 2 onces, pour les cas où l'urèthre n'est pas suffisamment large, la taille latérale est encore un

procédé admirable, et dans certaines circonstances exceptionnelles, il faudra donner la préférence à l'opération suspubienne, la taille latérale étant impossible.

Entre des mains inexpérimentées, les lithotriteurs et les évacuateurs volumineux sont des instruments pouvant déterminer des lésions très-graves. Aussi, pour un chirurgien n'ayant pas une grande pratique des affections calculeuses, mieux vaudrait, dans un cas de pierre dure et pesant 1 once, faire la taille que la lithotritie en une seule séance.

M. le professeur Guyon est partisan de la méthode de Bigelow ; suivant lui, en reprenant la question de l'évacuation après la lithotritie, et surtout en démontrant le fait de la tolérance vésicale pour les opérations de longue durée, M. Bigelow a rendu un service immense à la science. Souvent déjà M. Guyon a opéré des calculeux, suivant les principes de la méthode nouvelle, et il se réserve de publier prochainement la statistique de sa pratique hospitalière et privée.

Pour le broiement, M. Guyon n'emploie pas d'instruments autres que ceux auxquels il avait recours auparavant. Le lithotriteur dont il se sert est le lithotriteur à poignée cylindrique de Thompson et à bascule de Robert et Collin ; il n'approuve pas l'usage des lithotriteurs aussi volumineux que ceux que M. Bigelow a préconisés dans le but de préparer le canal à recevoir le cathéter. A chaque instrument son rôle ; il importe avant tout que le lithotriteur jouisse de la mobilité nécessaire pour pouvoir explorer la vessie dans toutes ses parties. Un lithotriteur volumineux n'entrerait qu'à frottement dans le canal et les manœuvres intra-vésicales seraient rendues sinon impossibles, du moins moins promptes et moins effectives. C'est le lithotriteur du moyen calibre, le nº 2 de Robert et Collin que M. Guyon emploie le plus habituellement. Dans un cas de calcul volumineux et qui, suivant toute prévision, résistera aux premières attaques de l'instrument, M. Guyon commence l'opération avec le lithotriteur à mors fenêtrés et termine la séance avec le lithotriteur à mors pleins.

Nous mentionnerons incidemment deux conseils pratiques que donne notre excellent maître à propos de la manœuvre du lithotriteur. Pour éviter le pincement de la muqueuse vésicale entre les mors de l'instrument, des modifications très nombreuses ont été proposées dans la disposition des branches mâle et femelle de l'instrument. On n'aura jamais à redouter cet accident grave, dit M. Guyon, avec le lithotriteur ordinaire, si après avoir saisi un calcul ou un fragment entre les branches de l'instrument, on se contente de l'empêcher de glisser, en exerçant une pression légère et sans baisser l'écrou. On ramène l'instrument vers le centre de la cavité vésicale, on ne baisse l'écrou et on ne fait le broiement qu'à ce moment. Si un pli de la muqueuse a été saisi tout d'abord, grâce à l'élasticité de la paroi, il s'échappera aisément des mors de l'instrument.

Il arrive quelquefois que les calculs se trouvent logés très en avant du col vésical et au-dessus de la prostate, et dans cette situation ils sont difficiles à atteindre. Dès qu'on est parvenu à saisir le calcul, avant de broyer et pour faciliter les prises suivantes, il faut avoir soin de porter l'instrument jusqu'au fond de la vessie.

Avant d'adapter l'aspirateur sur le cathéter, M. Guyon a coutume de procéder à un lavage abondant de la vessie avec des seringues à hydrocèle munies de larges embouts ; par ce procédé, il obtient souvent une quantité de débris considérable, et il pense que le lavage à la seringue a l'avantage de ne pas faire saigner la vessie, comme il l'a observé avec l'aspirateur. Sans contester l'utilité de l'aspirateur dont il fait usage pour terminer l'évacuation, cet appareil lui parait surtout utile pour vérifier si l'évacuation est parfaite. Le bruit de cliquetis produit par la rencontre des fragments avec l'extrémité du cathéter est tout à fait pathognomonique.

Bien que le calibre des cathéters évacuateurs permette le passage de graviers assez volumineux, mieux vaut encore pousser aussi loin que possible la pulvérisation, et faire quelques prises de plus avec le lithotriteur, que de compter sur

les résultats de l'aspiration. Dans bien des cas, quelle que soit l'habileté du chirurgien pour le cathéterisme, après avoir retiré le brise-pierre, un spasme invincible du canal l'empêche de franchir de nouveau les parties profondes de cet organe avec un instrument métallique, mais une sonde en gomme d'un calibre suffisant pourra pénétrer, et si le broiement a été bien fait,en effectuant avec la seringue ordinaire un lavage de la vessie, l'opéré bénéficiera encore des résultats de l'évacuation.

Pour M. Guyon, on ne doit pas pousser l'application du principe de M, Bigelow aussi loin que les chirurgiens ont osé le faire. Malgré l'emploi du chloroforme, il arrive un moment où les contractions vésicales se montrent de nouveau, ce doit être pour le chirurgien le signal de cesser l'opération du broiement. Actuellement, la durée moyenne des opérations de M. Guyon est d'une demi heure, les vingt premières minutes sont occupées par le broiement, les dix dernières sont employées à l'évacuation. Grâce à sa grande habileté opératoire, nous ajouterons que M. Guyon obtient des résultats matériels de beaucoup supérieurs à ceux que nous avons relevés dans les observations des journaux étrangers pour des séances de plus d'une heure ; dans une de ses dernières opérations à laquelle nous avons assisté, le chiffre des fragments obtenus, tant par les lavages que par l'aspiration, s'élevait à 53 grammes. Dans ce cas, la durée du broiement fut de 22 minutes et le nombre des prises fut de 107. Ne voulant négliger aucun des éléments de l'observation, M. Guyon prend soin de faire noter par un des assistants le nombre de fois qu'il saisit un fragment et qu'il le broie. A chaque séance, M. Guyon fait en moyenne 70 à 80 prises.

M. Guyon ne croit pas non plus qu'il y ait grand avantage à réintroduire le lithotriteur, après avoir fait une application de l'aspirateur. Mieux vaut, suivant lui, laisser au malade un repos de quelques jours que de reprendre immédiatement le broiement. Avant de retirer le cathéter, il fait souvent dans la vessie une injection avec une faible solution d'acide

borique (2 à 3 grammes d'acide borique pour 100 d'eau). La quantité de liquide qu'il injecte est de 40 à 50 grammes. C'est principalement dans les cas de cystite, lorsque l'urine des malades est habituellement trouble ou purulente, qu'il fait cette injection.

Telles sont les principales modifications que M. Guyon a apportées à sa pratique opératoire. Nous avons déjà dit au début de ce travail qu'il avait reconnu l'avantage que la chirurgie ordinaire retirait de l'anesthésie : aussi, à moins de contre-indications formelles, emploie-t-il toujours le chloroforme.

Comme M. Thompson, M. Guyon est d'avis que la méthode des séances prolongées exige que le chirurgien soit très habitué au maniement des instruments lithotriteurs, et que pour un chirurgien n'ayant pas pu acquérir une grande expérience dans cette partie spéciale de l'art, il est préférable d'opérer suivant la méthode ancienne.—(*Archiv. de Méd.*, février 1881.)

Des syphilides secondaires et de leur traitement.

Par M. le Dr Paul Landowski.

C'est à la *plaque muqueuse*, que nous devons surtout la propagation de la syphilis. Il est rare qu'un homme atteint d'un chancre primitif continue à avoir des relations sexuelles. La lésion étant remarquée facilement, il n'y a que des individus dépourvus de tout sens moral qui puissent ne pas prendre de précautions voulues. Il n'en est pas de même de la plaque muqueuse. Lésion fugace, sujette essentiellement à récidive, pouvant se placer sur différents endroits du corps, elle peut passer inaperçue et de cette manière devenir la cause de contagion malgré toutes les précautions possibles.

Avant d'entrer dans les considérations sur les *plaques muqueuses*, nous croyons utile de communiquer à nos lecteurs un cas bien tragique publié par M. le professeur Fournier dans son remarquable *Traité sur la syphilis dans le mariage.*

Un malheureux confrère, des plus distingués, contracte la vérole au doigt, en explorant une femme syphilitique. La maladie se généralise mais on en vient à bout, du moins on le croit, grâce au traitement approprié. Nous n'avons pas besoin de dire que notre distingué confrère ne s'endormait pas dans une fausse sécurité ; il ne connaissait que trop le caractère insidieux et la ténacité de la maladie. Aussi malgré le manque de toute manifestation extérieure, s'observait-il continuellement, précaution d'autant plus indispensable qu'il était marié.

On peut facilement s'imaginer sa terreur, quand en se levant un matin, il remarqua une légère érosion dans le sillon balanopréputial. Il craint de reconnaître une *plaque muqueuse* Sa crainte ne laisse pas que d'être confirmée, et au bout de quelque temps, sa femme avec laquelle il a eu des relations dans la nuit de l'apparition de la *plaque muqueuse*, sa femme, disons-nous, présenta des signes non douteux de la contagion syphilitique.

Nous avons cité cet exemple, parce qu'il fait ressortir mieux que n'importe quel raisonnement le danger de la lésion dont nous voulons parler aujourd'hui

La plaque muqueuse fait partie du cortège des accidents secondaires ; sa place n'est cependant pas nettement marquée dans ce cortège. Tantôt elle ne vient que vers la fin de la période secondaire, tantôt elle apparaît comme accident le plus précoce de cette période.

Son siége n'est pas aussi exclusif que sa dénomination le pourrait faire supposer. Il n'y a pas en effet que les muqueuses qui puissent en être atteintes. Tout en choisissant surtout ces dernières comme siége de prédilection, les syphilides en question les débordent souvent en s'étendant sur la peau environnante ; d'autres fois elles se placent directement sur la peau, sans avoir leur point de départ sur une muqueuse quelconque. Il faut cependant que la peau présente des conditions spéciales pour que les syphilides puissent y prendre naissance ou bien s'y propager. C'est d'abord la finesse plus grande de la peau qui continue les muqeuses qui semble offrir

une condition favorable pour la propagation de la plaque muqueuse ; il faut ensuite qu'il y ait accolement de deux surfaces de la peau qu'il y ait une certaine humectation de ces surfaces. Toutes ces conditions sont on ne peut mieux réalisées dans l'espace interfessier, dans la région génitale, dans le creux axillaire ainsi que dans la région sous-mammaire chez la femme.

Toutes les muqueuses peuvent être le siége des syphilides dont nous parlons. Il y a cependant deux grands foyers de prédilection, à savoir : le foyer génital et le foyer buccogutural. Les syphilides de chacun de ces endroits présentent quelques particularités ; nous tâcherons de les faire ressortir après en avoir donné la classification et la caractéristique générale.

On a donné bien des noms et proposé bien des classifications pour les lésions qui nous occupent. Les dénominations de : *pustules*, *pustules plaies*, *ragades*, *condylomes*, etc., etc., ont été appliquées successivement suivant la forme et l'aspect de la lésion. — Toutes ces dénominations sont vagues et embrouillent seulement la conception claire de la lésion. — Nous allons classer les syphilides en question suivant M. le professeur Fournier en les ramenant à quatre types bien définis, à savoir :

1° Syphilides érosives,
2° — papulo-érosives,
3° — papulo-hypertrophiques.
4° — ulcéreuses,

Cette division est non seulement extrêmement simple, mais elle a encore ce grand mérite, que les dénominations que nous venons de citer, contiennent presque la définition de la nature de la lésion.

Avant de parler succinctement de chaque forme en particulier, énumérons d'abord, toujours d'après les idées professées par l'éminent professeur à Saint-Louis, les caractères communs à toutes les syphilides secondaires.

Ces caractères sont au nombre de cinq :

Les syphilides dont nous parlons sont toujours des *lésions sécrétantes.* Elles ne sont pas *auto-inoculables.* Elles sont extrêmement *contagieuses.* Elles *récidivent* avec la plus grande facilité. Enfin, elles sont généralement *facilement curables.*

Il est bon d'avoir présents à la mémoire tous ces cinq caractères ; ils sont non seulement nécessaires à connaître au point de vue scientifique, mais ils ont encore une valeur pratique considérable. — En sachant que la sécrétion de la syphilide est très contagieuse, on prend toutes les précautions voulues pour ne pas venir en contact direct avec cette sécrétion, ou au moins on lave les mains avec une solution désinfectante et on nettoie les instruments employés, en les tenant un instant dans la flamme d'une lampe à alcool.

En se rappelant que la *plaque muqueuse* n'est pas auto-inoculable, nous avons un précieux moyen de diagnostic. Et il ne faut pas croire qu'on puisse dédaigner ce moyen. Le diagnostic différentiel entre certaines syphilides et le *chancre simple* (*non syphilitique*) est bien souvent des plus difficiles. Quand on songe que ce diagnostic nettement établi est, pour la plupart, d'un intérêt capital pour le malade, que le traitement ultérieur en dépend entièrement, on ne peut s'empêcher de considérer l'auto-inoculation comme une ressource extrêmement importante.

La curabilité facile des lésions dont il s'agit, curabilité qui donne si facilement le change au malade, n'en impose pas au médecin qui sait que c'est là un des caractères essentiels de la syphilide ; aussi la joie de voir disparaître une plaque muqueuse est-elle singulièrement tempérée par la facilité de la récidive.

Après ces quelques considérations sur les caractères des *syphilides secondaires* en général, passons rapidement en revue les quatre formes différentes, que nous avons énumérées.

La forme *érosive*, si fréquente, est peut-être celle qui donne le plus souvent le change, celle qui passe le plus souvent inaperçue. C'est une petite érosion plate, limitée, ressemblant à une surface dénudée après l'application d'un petit vésica-

toire, indolente, aprurigineuse. Quand nous disons indolente, il faut s'entendre sur la signification du mot. — La lésion n'est pas douloureuse par elle-même, elle le devient cependant quand elle siége sur un endroit exposé au frottement ou à tout autre contact irritant.

Il arrive que l'érosion syphilitique n'est pas tout à fait plate, mais qu'elle est un peu élevée en forme de plateau, en forme de papule ; nous avons alors la deuxième forme : *papulo-érosive*. — Le nombre de ces érosions et de ces papules érodées est très variable. Quelques fois l'affection est discrète et l'on n'a qu'une seule ou quelques petites papules ressemblant par leur forme aux pastilles de menthe. D'autres fois, les papules sont nombreuses et en formant de vrais chapelets ou en se touchant, elles présentent l'aspect d'un collier de perles.

Nous avons dit que les syphilides secondaires sont facilement guérissables. En effet, traitées comme nous allons l'indiquer plus loin, elles se ratatinent, elles sèchent et finissent par disparaître. — Quand elles ne sont pas traitées, surtout quand elles se développent chez les personnes peu soigneuses, les syphilides ne font que croître et prospérer rapidement. Les petites élevures deviennent de plus en plus grandes ; ce ne sont plus de petits plateaux, ce sont de vraies et *grandes papules*, atteignant quelquefois une grandeur extraordinaire. C'est à cette variété que nous donnons le nom bien mérité de la variété *papulo-hypertrophique*, dénomination portant avec elle la définition.

Ces papules gigantesques sont rouges, quelquefois violacées, souvent feuillées et coupées par des ragades. Elles sont pendant quelque temps indolentes, mais peu à peu, il est évident qu'une dermatose de pareille étendue ne peut pas se développer sans tirer derrière elle un érythème ou même une vraie cutite érysipélateuse. Aussi les malades commencent-ils à en souffrir, ils ne peuvent presque plus marcher et finissent par entrer à l'hôpital. Et réellement le type *papulo-hypertrophique* st essentiellement une type d'hôpital ; on ne

le rencontre guère dans la clientèle privée, car il n'y a que des malheureux tout à fait pauvres et bien malpropres, qui permettent à la lésion de prendre des proportions aussi considérables.

Si dans les trois premières variétés nous avons pu suivre, pour ainsi dire, les transformations d'une forme dans l'autre et si la différence entre elles, surtout entre la forme *papulo-érosive* et la forme *papulo-hypertrophique*, est plutôt *quantitative* que *qualitative*, il en est tout autrement de la forme *ulcéreuse*.

Ce n'est plus une simple érosion, c'est une vraie perte de substance plus ou moins considérable, c'est une vraie ulcération. — Il est incontestable que la forme ulcéreuse attaque surtout certains sujets, c'est-à-dire qu'il y a certains terrains aptes à faire des ulcères.

La forme ulcéreuse ne se différencie pas seulement des autres formes par son aspect et par sa marche. Elle en diffère encore malheureusement par l'opiniâtreté qu'elle oppose au traitement, comme nous le verrons plus loin.

La syphilide ulcéreuse donne bien souvent lieu à des difficultés de diagnostic considérables. Mais si à l'aide de sa manière d'être relativement à la manière d'être d'autres ulcérations de différentes provenances ainsi qu'à l'aide des commémoratifs on parvient à la distinguer des autres lésions qui lui ressemblent, il existe une affection qui peut bien facilement être confondue avec la syphilide ulcéreuse. Nous avons nommé le *chancre simple*.

Il y a cependant un intérêt immense, afférent au malade, à établir bien ce diagnostic. Tout le traitement ultérieur en dépend et de ce traitement dépend le salut ou bien une issue fatale. Nous croyons donc devoir insister un peu sur ce point et, autant que faire se peut, élucider la question.

La configuration de la lésion nous offre déjà quelques données qui ne sont pas à oublier. — Les *syphilides ulcéreuses* se plaisent particulièrement dans la forme *circinée*. Elles pré-

sentent pour la plupart des courbes ressemblant à des arcades, a des croissants, etc.

Si en général cette forme circinée des ulcérations a une valeur diagnostique réelle, elle est presque patognomonique sur les muqueuses. — Il y a des maladies de la peau présentant la forme circinée simulant l'aspect des syphilides. Il n'en est pas de même pour les muqueûses, et ici la forme en question indique presque invariablement la *syphilis.*

Il faut chercher d'autres éléments de diagnostic différentiel entre les syphilides dont il est question et le chancre simple, dans la conformation des bords, dans l'aspect du fond et dans la coloration respective des deux lésions.

Les syphilides présentent en effet des bords qui se confondent avec l'ulcération par une chute en pente douce, tandis que les bords décollés du chancre simple sont taillés à pic, quelquefois — Le fond lisse des syphilides ne présente pas des inégalités et des dépressions caractéristiques du chancre simple ; de même la coloration grise lardacée ou rouge « maigre de jambon » se distingue assez de la coloration jaunâtre du chancre simple.

Cependant tous ces signes peuvent être trop peu caractérisés pour qu'on puisse se prononcer catégoriquement entre les deux affections. — On est obligé de recourir à l'épreuve définitive : à l'*auto-inoculation.*

Nous avons déjà parlé de cette dernière dans une de nos revues cliniques de l'année passée. Sans attacher à l'*auto-inoculation* des espérances dont bien des esprits se sont longtemps bercés, nous savons qu'il ne faut chercher là qu'une différenciation du *chancre simple* de l'*affection syphilitique.* Mais quant à ce diagnostic, l'*auto-inoculation* nous le donne d'une manière concluante, car le *chancre simple* s'auto-inocule *toujours ;* tandis que les lésions syphilitiques ne s'auto-inoculent *jamais.*

Nous ne croyons pas superflu de dire quelques mots de la petite opération elle-même. Voici comment on la pratique à Saint-Louis.

On recueille avec la lancette un peu de la sécrétion de la lésion et on l'inocule comme le vaccin, sur le bras par exemple. Ici il y a une précaution à prendre. Il faut que la lancette soit dirigée parallèlement au bras, c'est-à-dire à plat et non obliquement. La raison en est bien simple.

L'inoculation produit son effet au bout de deux jours en moyenne, il est donc important qu'elle soit aussi superficielle que possible. En effet, si l'inoculation intéresse les parties un peu plus profondes, la lésion produite artificiellement requiert plus de temps pour se produire à l'extérieur et il faut attendre pour être fixé quelquefois assez longtemps. Or, il n'est pas indifférent de permettre au *chancre simple* de nicher longtemps. Aussi peu grave que soit la lésion en elle-même, il faut la détruire aussi vite que possible, car nous savons qu'il n'est pas rare de voir se développer à la suite du chancre simple des lymphangites, des bubons, voire même le phagédénisme. — Du reste, nous dirons tout à l'heure comment il faut procéder pour étouffer le *chancre simple* artificiellement produit, aussitôt qu'il a fourni ce qu'on lui a demandé, à savoir : un élément précieux du diagnostic.

Nous avons laissé notre petite opération de l'inoculation au moment où l'on introduit sous la peau la lancette chargée du virus. Ceci fait, on recouvre l'endroit piqué avec un verre de montre qu'on maintient en place par quelques tours de bande de sparadrap. Cette pratique, imaginée par Ricord, est excellente et très commode. Non seulement la piqûre est bien isolée, mais encore pour voir le progrès de l'inoculation on n'a besoin que de regarder à travers le verre sans le soulever. Si au bout de deux à trois jours des phénomènes de l'inoculation ne se produisent pas, c'est que la lésion n'est pas un *chancre simple*. Si, au contraire, l'inoculation reproduit le *chancre simple*, il faut immédiatement l'étouffer en germe. Pour cet usage le meilleur des caustiques est encore celui de Ricord, c'est-à-dire la pâte *sulfocarbonée*. On la prépare en mélangeant une certaine quantité de poudre de charbon avec quantité suffisante d'acide sulfurique pour obtenir une masse

de consistance pâteuse. — On met avec une spatule un peu de cette pâte pour couvrir la lésion, on recouvre tout d'un peu de charpie maintenue par une bande, et on laisse tout en place tant que l'eschare formée en-dessous ne tombe, en laissant une petite solution de continuité plus ou moins cicatrisée. La cicatrice qui se forme ensuite ressemble à celle laissée par la vaccination, et comme l'endroit choisi a été le bras où l'on vaccine généralement, les suites de la petite opération ne présentent aucun inconvénient.

Nous croyons utile de mentionner ici un phénomène extrêmement intéressant au point de vue de la doctrine même de la syphilis : nous voulons parler de la transformation *in situ* du *chancre syphilitique* primitif en *plaque muqueuse.* — Nous ne pouvons pas, bien entendu, nous étendre ici beaucoup sur le passage de la lésion syphilitique primitive en lésion secondaire, *en plaque muqueuse.* Au point de vue pratique, d'ailleurs, cette différenciation, très délicate, n'a pas trop grande importance ; mais au point de vue doctrinal, le fait dont il s'agit est d'une portée immense. En effet, nous savons que l'un des caractères de la plaque muqueuse est de récidiver facilement. Or, nous n'avons pas besoin d'insister de quelle importance il est au point de vue théorique, de ne pas confondre le chancre syphilitique, qui ne récidive jamais, avec une lésion présentant le caractère contraire.

Nous avons déjà dit que les plaques muqueuses peuvent apparaître sur toutes les muqueuses, ainsi que dans certains endroits de la peau, pourvu que cette dernière présente des conditions favorables.

Sans passer en revue toutes les régions, ce qui nous entraînerait trop loin, mentionnons cependant quelques particularités relativement au siége.

Nous connaissons déjà les deux foyers principaux des lésions dont il s'agit, à savoir : le foyer génital et le foyer buccal. — La région génitale est surtout exposée chez la femme, et on est réellement quelquefois étonné de l'immense développement de syphilides autour de la vulve. On comprend facile-

ment que la cause est ici surtout anatomique, la femme ne pouvant pas aussi bien que l'homme surveiller ces endroits.

Le phénomène contraire se produit pour le foyer bucco-guttural. Ici c'est à l'homme qu'appartient la triste priorité. Il la doit surtout au manque de soins Mais la grande cause de la multiplicité de plaques muqueuses buccales chez l'homme, la grande cause de leur ténacité réside dans l'habitude de fumer. Aussi faut-il positivement défendre de fumer aux personnes atteintes de syphilides buccales, sous peine de voir échouer tous nos médicaments.

Les syphilides du foyer génital chez la femme s'attaquent surtout aux lèvres et au pourtour de la vulve, et elles sont très rares dans le vagin et au col. Ainsi la statistique de Lourcine nous donne sur 522 cas de plaques muqueuses génitales, seulement 25 situées sur le col et à peine 9 syphilides du vagin.

On ne peut pas s'empêcher de trouver une analogie frappante entre ces faits et ceux observés dans le foyer bucco-guttural. Ici les plaques muqueuses choisissent de préférence les lèvres, le palais et surtout les amygdales, et elles attaquent très rarement l'arrière gorge et le pharynx.

Après ces deux grands foyers nous rencontrons des plaques muqueuses sur et autour de l'anus et cela fréquemment. Plus rarement elles siégent sur la commissure des paupières et sur la conjonctive palpébrale, sur la muqueuse nasale, etc., etc.

Une considération importante domine la thérapeutique de syphilides secondaires à savoir : *il faut les traiter localement*, le traitement général exclusif n'étant pas suffisant.

Avons-nous besoin de rappeler que le traitement local n'est dirigé que contre les accidents locaux mêmes, et qu'en même temps il faut combattre la diathèse par des moyens dont nous disposons et dont nous dirons un mot tout à l'heure ?

Le traitement local des syphilides de trois premières formes : *érosive*, *papulo-érosive* et *papulo-hypertrophique* est plutôt hygiénique qu'énergiquement thérapeutique. Il faut bien se rappeler que *toute sorte de cautérisation ne peut être que nuisible*. On s'en laisse quelquefois imposer par les dimensions

gigantesques des papules hypertrophiées et l'on a peine à croire qu'on puisse venir à bout de ces véritables néoplasies sans intervention chirurgicale. — Eh bien pour modifier complétement cette manière de voir, on n'a qu'à suivre pendant quelque temps les malades du service de M. Fournier, à Saint-Louis, où certes il ne manque pas de types singulièrement remarquables. — Voici le traitement qu'on y emploie et qui réussit toujours.

Après un bain général de propreté, on lave les syphilides avec une solution de 60 grammes d'hypochlorite de soude dans 250 d'eau. Les parties lotionnées sont ensuite séchées avec un linge et saupoudrées avec de l'oxyde de zinc.

Ce dernier joue ici le rôle d'une poudre inerte et l'on peut très bien le remplacer par une autre poudre analogue : sous-nitrate de bismuth, lycopode, etc., etc.

Les lotions avec l'hypochlorite de soude et tout ce qui s'ensuit, sont répétées plusieurs fois dans les 24 heures, et au bout de quelques jours, on voit les végétations les plus formidables se ratatiner, se dessécher pour disparaître peu à peu.

Il n'y a que la forme ulcéreuse qui soit justiciable d'un tout autre traitement.

La propreté est ici de rigueur, comme toujours bien entendu. On a donc recours aux bains locaux et généraux. Le pansement des ulcérations se fait avec une solution de *nitrate d'argent* au 1/100. Il est digne de remarque que l'excellente solution au 1/30me si efficace dans le chancre simple, n'est pas du tout avantageuse dans le cas qui nous occupe. Il faut au contraire avoir recours à la solution faible qui a été indiquée plus haut.

Bien souvent on est embarrassé par des syphilides sous-préputiales. Elles sont d'autant plus rebelles qu'elles sont moins accessibles, le prépuce recouvrant complétement le pénis de manière qu'il faudrait avant tout débarrasser le malade de l'enflure qui a produit le *phimosis*.

On réussit d'avoir raison de cet état de choses par des bains locaux très souvent répétés. Le malade trempe sa verge

toutes les deux ou toutes les trois heures, dans un verre rempli de l'infusion tiède de guimauve par exemple. Outre cela il faut lui faire des injections entre le membre et le prépuce pour d'abord déterger les surfaces. L'on injecte ensuite sous le prépuce de la solution faible de nitrate d'argent.

Voici généralement le meilleur mode de traitement local des syphilides ulcéreuses.

Il y a encore une préparation qui réussit très souvent mais que je ne cite ici que pour déconseiller son emploi dans la clientèle privée.

Nous voulons parler de l'*iodoforme*. Son efficacité, toute considérable qu'elle soit, n'est cependant pas suffisamment infaillible pour racheter l'immense inconvénient de son odeur insupportable et révélatrice. — Tous les moyens proposés jusqu'ici pour le désinfecter n'ont réellement abouti à rien.

Je puis ici parler par expérience. J'ai essayé de l'essence d'amendes amères, de l'essence de fenouil, de menthe, etc., et positivement il faut être doué d'une grande imagination ou dépourvu du sens olfactif, pour se figurer que cela avance à grand'chose. Je crois même faire observer ici, que deux fois que j'ai employé l'iodoforme avec de l'essence d'amendes amères, j'ai provoqué chez les malades, au lieu de l'effet sédatif de l'iodoforme, des douleurs atroces. Je ne sais pas s'il faudrait attribuer cela à ce que l'essence d'amendes est souvent falsifiée par la *nitrobenzine*, car j'ai perdu absolument le désir de poursuivre les expériences avec l'iodoforme.

Nous avons parlé jusqu'à présent du traitement local, nous savons tous cependant qu'il faut surtout combattre la diathèse par un traitement interne énergique.

Inutile d'insister sur les préparations mercurielles si nombreuses et si connues parmi lesquelles le *protoïodure de mercure* tient une place marquante. Inutile de parler de l'efficacité de la médication mixte par le *sirop de Gilbert* par exemple. Nous nous arrêterons seulement un peu sur deux procédés qui ne sont pas encore suffisamment vulgarisés.

Les frictions avec la pommade mercurielle ont le grand

inconvénient de salir le linge du lit et de révéler ainsi l'état du malade. Voici un excellent procédé connu de plus en plus sous le nom de *chaussettes napolitaines*. Le malade au lieu de se frictionner les cuisses etc., frictionne le dos du pied et la jambe. Il met ensuite des bas qui ont non seulement l'avantage de ne pas salir les draps, mais de faciliter encore l'absorption lente de la pommade.

Les mêmes bas servent pour toute la cure.

Le deuxième procédé dont nous voulons parler est assez nouveau, mais je crois qu'il est appelé à rendre de très grands services. — C'est M. Terillon, si je ne me trompe, qui chez nous a eu recours un des premiers aux injections hypodermiques du *sublimé*. Depuis, beaucoup de médecins en ont essayé et j'en suis du nombre. On faisait dissoudre le sublimé dans de l'albumine de l'œuf, mais ce procédé est à peu près abandonné.

Maintenant, où le temps est aux peptones, l'on fait des dissolutions du sublimé dans ces dernières. Il n'y a là évidemment rien que de très rationnel. La préparation est cependant laborieuse et minutieuse et je ne crois pas qu'elle soit appelée à se généraliser. Ayant eu connaissance qu'on avait essayé de la dissolution simple dans de l'eau avec de la glycérine, j'ai à mon tour expérimenté cette préparation si simple. Or je crois pouvoir affirmer, en me basant sur des observations, que cette manière de procéder est aussi simple qu'efficace et inoffensive. Il est vrai que chez certaines personnes, j'ai eu un peu de rougeur locale accompagnée d'une sensation désagréable ; mais ces petits accidents ont passé au bout de quelques jours et ne m'ont jamais obligé de suspendre la médication.

Nous rappelons que pour éviter des inflammations superficielles, il faut enfoncer l'aiguille profondément dans les tissus, précepte applicable du reste à toutes les injections hypodermiques.

L'on peut très bien injecter *un centigramme* de sublimé par jour en une seule fois. Il est cependant prudent de com-

mencer par des injections d'un demi-centigramme pour tâter le terrain.

En faisant prendre au malade en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur, on a là une médication mixte d'une action remarquable.

Je ne voudrais pas me laisser aller à l'engouement attaché souvent aux moyens nouvellement préconisés : je ne puis cependant m'empêcher d'augurer très bien de cette nouvelle méthode, si rationnelle et si facile.

Nous n'osons pas nous prononcer de la même manière sur les injections de *pilocarpine* qu'on expérimente et prône beaucoup en ce moment en Allemagne. Nous n'avons encore aucune observation émanant de nos hôpitaux, et cela nous commande une grande réserve. Nous nous tenons au courant de la question et si les faits avancés se confirment par des recherches chez nous, nos lecteurs ne tarderont pas à en avoir immédiatement connaissance. — (*Journal de Thérapeutique*,) No. 1, 10 janvier 1881.

Accidents diathésiques chez les sujets auxquels on a percé les oreilles.

Par M. C. PAUL.

C'est à coup sûr une opération bien simple que cette petite perforation du lobule auriculaire, réclamée tous les jours par la coquetterie féminine pour le plaisir de porter des boucles d'oreilles. Le plus souvent elle est pratiquée par les bijoutiers, car les médecins ne la jugent pas digne de leur habileté ; et cependant elle offre dans certains cas des inconvénients assez sérieux qui vont à l'encontre même de cette coquetterie.

C'est il y a quinze ans environ que l'attention de *M. C. Paul*, l'auteur de l'intéressante communication dont nous allons donner l'analyse, fut attirée sur ce fait, et, depuis lors, il a pu recueillir facilement 120 observations qui démontrent manifestement que ces manifestations scrofuleuses, par exemple, peuvent quelquefois se développer sur le lobule de l'o-

reille aussitôt que celui-ci vient a être traversé par l'anneau de boucle d'oreille. Il s'agit dans l'espèce de scrofulides bénignes, d'eczèma par exemple, plus ou moins envahissant, et d'ulcérations qui déforment le lobule ou le laisse tout couturé. Les boucles d'oreille, en effet, sectionnent souvent complétement le lobule, comme le ferait la chaîne d'un écraseur ; il en résulte ou bien une cicatrice linéaire assez apparente, ou bien une division en lobules secondaires par défaut de réunion. L'opération est donc manquée ; mais maintenant plus que jamais la jeune fille va tenir à ce que ses oreilles soient à nouveau percées, pour masquer à l'aide du bijou qu'elle portera d'aussi vilaines déformations. Eh bien, de nouveau, les mêmes accidents se reproduiront : de telle sorte que, pour peu qu'on s'acharne à poursuivre un succès qui toujours échappe, le malheureux lobule finit par devenir un tissu de cicatrices. M. Paul a vu jusqu'à huit lignes cicatricielles chez la même femme.

Pareils faits ont été notés également par *M. Féréol.*

Quel traitement faut-il opposer à de pareils accidents ? C. Paul a toujours échoué dans ses essais de réunion, et il ajoute que pas davantage il ne faut compter sur une opération autoplastique. On commencera, dit-il, par enlever la boucle d'oreille pour la remplacer par un simple fil, puis on s'efforcera de combattre l'élément diathésique et ses effets locaux par un traitement approprié. Si le fil menace d'agrandir l'ulcération, on le supprime et l'on attend pour percer à nouveau l'oreille que la constitution ait été modifiée.

M. Féréol, après divers essais infructueux à l'aide de fils métalliques, a trouvé qu'on avait le plus de chances possibles d'éviter l'ulcération en engageant dans la perforation du lobule un bout de bougie filiforme en gomme. On simule une boucle d'oreille avec cette bougie.

D'ailleurs le traitement peut être fort long ; on l'a vu durer jusqu'à treize mois ! — (*Gazette hebdomadaire*).

Disposition vicieuse des tuyaux de fumée. — Accidents mortels.

Note fort importante de M. DESCORT.

Le 25 novembre 1879, un jeune homme de 20 ans, employé chez un industriel, et bien portant la veille, fut trouvé mort dans son lit.

L'autopsie fut ordonnée, afin de déterminer les causes de cette mort imprévue. Il n'existait aucune lésion viscérale chronique ou aiguë pouvant l'expliquer. Cependant la couleur du sang était si rutilante que l'idée d'une intoxication par l'oxyde de carbone se présenta aussitôt à notre esprit, L'analyse spectrale, faite séance tenante, montra que les deux raies caractéristiques de l'hémoglobine oxygénée ne subissaient, en présence du sulfhydrate d'ammoniaque pur, aucun phénomène de réduction. Le sang de ce jeune homme, au lieu d'hémoglobine oxygénée réductible, contenait donc de l'hémoglobine oxycarbonique. La mort était donc le résultat d'une intoxication par l'oxyde de carbone.

On découvrit que l'oxyde de carbone était venu d'une cheminée située à l'étage inférieur, par une fissure.

E. *Brouardel* a constaté la mort d'un ouvrier par oxyde de carbone : à la tête de son lit, où il fut trouvé mort, passait un tuyau de cheminée fissuré.

M. *Juval* fait observer qu'il faut, en effet, bien peu d'oxyde de carbone pour tuer. 1/500e de ce gaz mêlé à l'atmosphère tue un oiseau.

M. *Boutmy* cite des acidents semblables résultant de l'établissement dans une cheminée sans feu, d'un courant d'air descendant, qui amène les produits de la combustion d'une autre cheminée dont le tuyau communique. — (*Journal de Thérapeutique*, N° 3, 10 Février 1881.)

———

Du rhumatisme cérébral et de son traitement par les bains froids.

Par le docteur WOILLEZ, membre de l'Académie de médecine.

I. Les termes de *rhumatisme cérébral* ont un sens qui a été différemment compris depuis que ces expressions ont été proposées par Hervez de Chégoin, pour exprimer les manifestations du rhumatisme snrvenant vers le cerveau dans le cours du rhumatisme.

C'est à la Société médicale des hôpitaux de Paris que l'on doit d'en avoir fixé la véritable signification dans le cours de plusieurs discussions importantes en 1851, 1853 et 1856. Ces discussions, vous vous le rappelez sans doute, avaient eu pour point de départ un fait de méningite vérifiée par l'autopsie. Il avait été communiqué à cette Société à la fin de 1850, par Requin et Gosset.

Beaucoup de nos collègues des hôpitaux prirent une part active aux discussions qui suivirent, et il me suffira, pour montrer l'importance que l'on attachait au sujet traité, de citer les noms de Valleix, Aran, Beau, Béhier, Bricheteau, Gubler, Vigla, Hervez de Chégoin, Guillot, Legroux, Becquerel, que la mort a malheureusement déjà frappés, et MM. Bourdon, Hardy, H. Roger, G. Sée, Marrotte, Moutard-Martin, etc. (1). Je ne saurais oublier de rappeler qu'en dehors de la Société médicale des hôpitaux, notre très vénéré collègue M. Bouillaud, à qui l'étude du rhumatisme a toujours été si familière, avait également traité, avec le docteur Aubertin, cette question de l'encéphalopathie rhumatismale. Mais je serais entraîné trop loin si je voulais rappeler tout ce qui a été publié à ce sujet. Je ne puis que renvoyer, pour un historique plus complet, à l'excellente monographie du rhumatisme insérée dans le *Dictionnaire encyclopédique*, par le docteur Ernest Besnier, à qui l'on doit les remarquables statistiques trimestrielles sur les maladies régnantes depuis plus de douze ans.

(1) Je renvoie au *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, pour ce qui concerne mes citations relatives à ces discussions.

Je reviens aux longues discussions qui eurent lieu, ai-je dit, à la Société médicale des hôpitaux. Elles se firent remarquer, au début surtout, par des polémiques confuses, qui portèrent principalement sur la nature imflammatoire du rhumatisme, admise par les uns, niée par les autres. Et lorsqu'on abordait la question particulière des phénomènes cérébraux, c'était pour se perdre dans des explications étiologiques erronées. Ces phénomènes cérébraux furent considérés d'abord comme des méningites ; comme de simples accidents fébriles semblables à ceux des autres maladies aiguës ; puis comme l'effet de certaines médications agissant sur les centres nerveux ; comme la conséquence des endopéricardites, ainsi que l'avait cru d'abord M. Bouillaud. C'étaient, pour Vigla, des troubles nerveux ataxiques, et pour Aran, qui eut le malheur de succomber à cette affection, l'encéphalopathie était un phénomène urémique. Ce n'est qu'à la longueur du temps que la vérité finit par se faire jour.

Et cependant, dès 1853, M. Boudon, notre éminent collègue, avait posé la question sur son véritable terrain, en faisant observer que l'inflammation méningitique existait seulement comme une exception. Il avait recueilli un fait d'encéphalopathie rhumatismale mortelle dont il avait rapproché quinze observations trouvées dans différents auteurs, et dans tous ces cas ni les lésions ni les symptômes de la méningite ne s'étaient montrés. Dans tous sans exception la mort, plus ou moins rapidement survenue, avait été précédée d'excitation cérébrale, de délire et de coma.

Cette note, qui spécialisait les symptômes et le pronostic du vrai rhumatisme cérébral en dehors de la méningite, sembla d'abord passer inaperçue. Mais Bricheteau, en prononçant le mot de *métastase*, entrait dans le vif de la question. Cette remarque de Bricheteau n'eut néanmoins aucun succès ; et il a fallu la multiplication des faits, pour que l'on ait pu arriver à préciser, dans le même sens que lui, les données du probléme pathologique. La métastase, en effet, que l'on ne saurait accepter avec l'explication humorique de la

vieille médecine, doit être admise ici, comme une réalité pratique, comme une manifestation rhumatismale se substituant à la manifestation articulaire de la maladie.

Malheureusement les lésions anatomiques, qui sont des manifestations si utiles pour éclairer sur la nature des maladies en général, ne permettaient pas une distinction précise du rhumatisme cérébral. Ces lésions constatées, prises dans leur ensemble, ont été très disparates ; aussi ont-elles démontré que l'on ne pouvait rattacher cette affection à une lésion spéciale. L'hyperhémie, ou l'anémie, les épanchements séreux, très rarement des exsudats imflammatoires, et très fréquemment, au contraire, c'est là le point important, l'absence de toute altération cérébrale visible à l'œil nu (1) : telles sont, succinctement rappelées, les constatations anatomiques qui ont pu être faites dans les nombreuses nécropsies qui ont suivi les cas de mort.

L'absence de lésions apparentes, ou l'existence de lésions visibles seulement au microscope, voilà le fait capital, le lien de la plupart des faits, sur lequel il faut insister. Il n'y a pas lieu de croire que l'absence de lésions microscopiques soit la conséquence de la rapidité des accidents mortels qui empêcherait leur évolution ou leur formation ; car il y a des observations qui démentent cette manière de voir. Celle que le Dr Lemaestre, alors interne de M. Marrotte, a communiquée en juin 1853 à la Société médicale des hôpitaux, est des plus probantes : aucune lésion apparente n'a pu être constatée au niveau des centres nerveux, malgré la durée de plusieurs jours de l'affection, et malgré l'existence non seulement du délire, mais encore de convulsions et d'un opisthotonos pouvant faire croire pendant la vie à une lésion du cerveau ou de la moelle épinière.

II. Par suite de la diversité de l'état anatomo-pathologique

(?) Je mets ici de côté les lésions histologiques qui ont démontré le processus rhumatismal dans le cerveau. Ollivier et Ranvier, Liouville, ainsi que E. Bennier, ont constaté des lésions dans les vaisseaux capillaires les plus fins du cerveau.

du cerveau, constatée par les observateurs, il y a eu, dans la description des symptômes, une confusion d'abord inévitable. On a fait un seul groupe de tous les phénomènes morbides, aigus ou chroniques, pouvant avoir l'organe encéphalique pour point de départ, tels que la céphalalgie, le délire, les convulsions, le coma et jusqu'à la folie rhumatismale signalée par le docteur Mesnet.

On a cru à l'existence d'une simple méningite plus ou moins avancée, en raison du délire et des convulsions, dans les cas très rares où l'état convulsif existait. On a considéré les accidents comme apoplectiformes, en vue de la rapidié de la mort et de l'existence du coma suivi de mort ; et il faut reconnaître que le résultat d'un petit nombre d'autopsies, où l'on constatait des exsudats inflammatoires ou des suffusions sanguines, semblait légitimer cette manière de voir. Mais la seule rareté de ces lésions montrait que ce n'était pas là une explication suffisante des phénomènes observés, pas plus que le pus trouvé quelquefois dans les grandes articulations n'est la lésion fondamentale du rhumatisme articulaire.

Lorsque, dans les dernières années, l'emploi du thermomètre prit place dans la pratique, on a pu noter qu'à l'existence du délire venait se joindre une hyperthermie axillaire atteignant 40 degrés, 41°,5, même 42 degrés, et l'on y a vu un signe distinctif précieux du rhumatisme cérébral.

La caractéristique de cette affection apparaissant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu nous semble donc offrir trois éléments distinctifs importants : le délire, la disparition de la fluxion articulaire et l'hyperthermie.

On retrouve cette netteté de caractères dans la plupart des faits de rhumatisme cérébral. La fluxion articulaire diminue sensiblement ou disparaît en même temps que le délire se montre, et elle revient dès que les phénomènes délirants cessent. Il a été communiqué à la Société clinique une observation dans laquelle le délire survenait par accès, et la diminution notable de la fluxion articulaire avait subitement lieu au moment de l'apparition du délire, et cette fluxion revenait dès que le délire cessait.

Je dois ajouter que l'on a rencontré des rhumatisants chez lesquels le délire s'est montré avec la persistance de la fluxion des articulations. Mais étaient-ce bien là des exemples de rhumatisme cérébral ? ou bien ces faits rentrent-ils dans la classe des délires nerveux, alcooliques ou fébriles, observés dans le cours des autres maladies aiguës ? C'est ce que l'état actuel de la science ne permet pas encore de décider.

Les délires avec persistance complète des fluxions articulaires sont des exceptions rarement observées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Il faut donc avoir pour objectif les faits les plus fréquents, les plus vulgaires, peut-on dire, tant ils forment un groupe distinct dans la pratique, et qui sont ceux dont je viens de donner la formule symptomatique.

Le délire du rhumatisme cérébral ainsi compris est souvent léger et fugace au premier moment ; d'autres fois il est rapidement intense. La fluxion articulaire tantôt disparaît rapidement dès qu'il se montre, et tantôt diminue seulement d'intensité, toujours d'une manière manifeste et en rendant les mouvements plus faciles.

III. Tout le monde est d'accord, il me semble, pour considérer le rhumatisme cérébral avec délire et hyperthermie coïncidant avec l'apaisement des manifestations articulaires comme une affection des plus graves, puisqu'elle entraîne presque toujours la mort, si l'on n'intervient pas par un traitement efficace, ou si l'on fait de l'expectation. Quel est le traitement efficace qui doit modifier ce pronostic funeste ? Quelle est la thérapeutique qui peut faire d'une affection presque fatalement mortelle une affection sûrement curable.

Pour répondre à cette question de vie ou de mort, il convient d'examiner les faits en les divisant en deux groupes qui répondent à deux époques distinctes : l'une, qui a pour point de départ la mise à l'ordre du jour de la question du rhumatisme cérébral en 1859,j et se prolongeant jusqu'à 1870 ; la seconde, qui s'est écoulée depuis 1870 jusqu'à nous.

Dans la première de ces phases le rhumatisme cérébral était à l'étude ; mais il avait pour caractère incontesté d'occasionner la mort avec une désespérante régularité. Un habile praticien, qui a fait trop peu de temps partie de cette Académie, le docteur Vigla, était le médecin qui savait le mieux quel terrible pronostic il fallait porter sur les accidents délirants survenus dans le rhumatisme articulaire aigu. Il était, en effet, médecin de l'ancienne Maison municipale de santé, où l'on avait le triste privilège de voir éclater plus fréquemment qu'ailleurs le rhumatisme cérébral. En 1852, par exemple, il eut à traiter soixante-cinq rhumatisants sur lesquels il compta cinq encéphalopathies rhumatismales suivies rapidement de mort (soit 1/13).

Il ne se passait pas alors d'année, dans cette maison de santé, sans que l'on y fût témoin de faits relativement nombreux de ce genre. J'ai pu le constater moi-même lorsque, pendant cinq mois, en 1856 et 1857, j'eus à remplacer Vigla dans son service comme médecin du bureau central. Je me trouvai alors, à la fin de 1856, en rapport avec M. Luys, interne du service, notre collègue aujourd'hui ; et au commencement de l'année suivante, avec M. Duhomme, également interne à la Maison de santé, et aujourd'hui médecin distingué de Paris. L'un et l'autre confirmeraient au besoin la fréquence insolite des complications cérébrales du rhumatisme dans cet établissement, car chacun d'eux m'a affirmé en avoir observé une dizaine de cas au moins pendant son année d'internat.

Quel que fût alors le traitement employé, la mort survenait dans les vint-quatre ou quarante-huit heures qui suivaient l'apparition du délire. Je fus, pour ma part, témoin de quatre cas au moins de ces faits malheureux.

On voyait le matin à la visite un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu accuser un mieux notable dans les articulations, en se plaignant d'avoir eu la nuit précédente quelques troubles intellectuels, être repris dans la journée de délire suivi de coma, et le lendemain son lit était vide :

le malheureux était mort. Un autre se disait guéri depuis quelques heures de son rhumatisme articulaire, et il agitait ses membres pour le démontrer ; mais il présentait en même temps un léger trouble délirant qui faisait porter un pronostic fatal, justifié dans les vingt-quatre heures. Chez d'autres le délire était plus accentué, plus bruyant, coïncidant toujours avec la cessation de la fluxion articulaire, mais toujours suivi également de coma et de mort.

Je fus ainsi, pendant mon passage dans cet établissement, le témoin affligé et impuissant de ces morts rapides que rien ne pouvait empêcher, et j'acquis la triste expérience du rôle expectant que jouait forcément le médecin en présence des faits de ce genre. Mais beaucoup de praticiens des plus recommandables considéraient encore les accidents cérébraux en question comme une conséquence transitoire et peu grave des troubles fébriles. Et pourtant le rhumatisme cérébral on le pense bien, ne manquait pas de se rencontrer dans la clientèle particulière. Pour ma part, j'en observai plusieurs dont j'avais appris à connaître l'extême gravité.

Je puis rappeler à ce sujet le fait d'une demoiselle créole, d'une magnifique santé habituelle,et que je traitais depuis une dizaine de jours d'un rhumatisme polyarticulaire avec fièvre intense. La malade manifestait une excitation en rapport avec son caractère volontaire et impérieux ; mais cette excitation fit bientôt place à un véritable délire. Ce délire, coïncidant avec le retour de la liberté des mouvements des articulations d'abord affectées, me fit formuler un pronostic funeste.

Je fis part de mes vives inquiétudes à la famille et je provoquai une consultation avec deux éminents cliniciens, qui ont occupé l'un et l'autre une position exceptionnelle dans cette Académie. Je ne pus leur faire partager mes craintes et ils persistèrent à voir dans le délire un accident fébrile devant être passager, comme le délire de la pneumonie. Mais la malade fut prise de coma dans la nuit et elle succomba.

J'eus malheureusement l'occasion d'observer d'autres tristes

faits de ce genre dans ma pratique et, entre autres, celui d'un jeune homme rhumatisant chez lequel les accidents cérébraux (délire et coma) ne durèrent pas plus de deux heures. Ce malade en était à sa seconde attaque de rhumatisme articulaire et il n'avait été traité que par des moyens externes. Le docteur Bourdon a cité plusieurs faits analogues et, entre autres, un malade chez lequel l'affection n'eut qu'une heure et demie de durée.

Au milieu de ce sombre et attristant tableau de morts répétées que rien ne semblait avoir pu conjurer, on trouve cependant un petit nombre de guérisons qui doivent fixer l'attention. Il est intéressant, en effet, d'y rechercher les conditions qui ont pu favoriser la résolution des accidents cérébraux. Ces conditions, nous pouvons les trouver dans les signes de l'affection et dans le traitement auquel on a eu recours.

J'ai pu réunir sept cas de guérison dans cette période néfaste qui est antérieure à l'année 1870. Malheureusement la plupart d'entre eux sont très incomplets au point de vue des signes du rhumatisme cérébral. Le délire a bien été observé dans tous les cas ; mais dans aucun il n'a pu être question de l'hyperthermie ; et, de plus, chez certains malades observés, il y a eu persistance des douleurs et de la fluxion des articulations. Cette persistance démontre que la manifestation rhumatismale vers le cerveau ne s'est pas alors substituée à la manifestation articulaire, condition bien constatée de la gravité du rhumatisme cérébral. Peut-on croire qu'il y a eu ici délire bénin intercurrent, comme celui observé dans certaines maladies aiguës ?

L'insuffisance des faits publiés ne permet pas de trancher la question par l'affirmative.

Quoi qu'il en soit, voyons quel est celui des traitements suivis ayant pu favoriser la guérison dans les sept faits publiés.

Deux malades de Beau et de Ferrus (de Briançon) ont été seulement cités dans une des discussions à la Société médi-

cale des hôpitaux. Ces deux malades guérirent à la suite de l'application d'un vésicatoire sur la tête. Ces deux citations offrent peu d'intérêt. Mais il n'en est pas de même de la remarquable observation rapportée, en janvier 1857, par M. Marotte. 20 sangsues furent appliquées en deux fois derrière les oreilles. Le calomel à l'intérieur, de larges vésicatoires sur deux grosses articulations, d'où la fluxion articulaire avait disparu, et de nombreux sinapismes aux membres inférieurs surtout dans le voisinage des articulations : telle fut la médication employée. Le délire avait cessé trois jours après son apparition, en même temps que les douleurs revenaient et que se développait une endocardite.

Il est évident que, dans ce cas, les révulsifs extérieurs et l'apparition d'une endocardite, autre espèce de révulsion puissante, ont dû contribuer à faire disparaître la manifestation rhumatismale délirante.

Vigla a publié deux cas de guérison (obs. V et VI de son mémoire) dans lesquels la disparition du délire a suivi l'administration de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

L'observation due au docteur Stechler (de Mulhouse), citée par M. G. Sée, est un exemple de guérison par six affusions hydrothérapiques. Les articulations étaient restées douloureuses pendant l'apparition du délire.

Un autre exemple de guérison par l'eau froide, plus ancien, puisqu'il date du commencement du sciècle, est dû à Giannini. Gubler qui l'a rappelé en 1858, dit à cette occasion que de semblables faits « peuvent encourager à conseiller l'eau froide contre le rhumatisme cérébral ». Ce conseil de Gubler n'a-t-il pas eu quelque influence sur les essais ultérieurs de Wilson Fox en Angleterre ? Il est permis de le penser.

Les conclusions que l'on pourrait tirer de ces observations contradictoires ne peuvent avoir aucune précision.

Au point de vue des symptômes, on peut conclure que les délires, survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, ont paru être moins grave quand la douleur et la

fluxion des grosses articulations persistaient pendant la durée du délire que lorsque la fluxion articulaire disparaissait.

Quant aux données fournies par le traitement, on ne saurait en induire rien de bien satisfaisant. L'opium, les révulsifs, la réfrigération générale s'y trouvent en présence. Mais nous allons voir que les réfrigérations, et en particulier les bains froids, ont une efficacité supérieure à celle de toutes les autres médications. Grâce à leur emploi, comme je l'ai dit en commençant, le rhumatisme cérébral, d'abord presque constamment mortel, est devenu presque constamment curable. C'est ce que démontrent les faits nombreux qui ont été observés en 1870, c'est-à-dire dans la seconde période du traitement dont il me reste à parler.

A partir de cette année 1870, l'emploi du thermomètre ayant fait constater une hyperthermie de 40 degrès au moins dans cette affection, comme je l'ai rappelé, on a vu dans cette surélévation le signe du plus grand danger qui menace le malade atteint de rhumatisme cérébral. Quoique l'on ne puisse accepter cette manière de voir comme absolue, elle ne doit pas moins être considérée comme l'heureux point de départ de la médication la plus utile qui ait été opposée au rhumatisme cérébral, dans la seconde phase thérapeutique qu'il me reste à examiner.

L'application extérieure des réfrigérants dans le rhumatisme est déjà ancienne ; mais c'est simplement depuis une dizaine d'années où l'on a pu se baser sur l'emploi du thermomètre pour mesurer l'excès de chaleur, que l'on a été plus confiant dans cette médication, et que les faits heureux se sont multipliés.

En 1871, Wilson Fox publia trois observations de rhumatisme cérébral dans lesquels il appliqua le froid, et il obtint deux guérisons. Dans son mémoire, que le professeur Lasègue fit connaître en France l'année suivante, dans les *Archives de médecine*, le praticien anglais posait en principe que le chiffre de 41 degrés annonce toujours une terminaison fatale. Le docteur Sydney Ringer, en 1873, appela l'attention sur

l'hyperpyrexie comme étant l'indication particulière de l'emploi des bains et des applications froides dans le rhumatisme, et enfin Southey et Gull rapportèrent de leur côté deux observations de rhumatisme cérébral combattu avec succés par la réfrigération, en se basant sur l'élévation insolite de la température du corps.

Ces différents faits étaient très peu connus en France lorsque notre collègue, M. Maurice Raynaud, fit pour la première fois, en 1874, l'application du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. A propos de la guérison qu'il obtint, il publia dans le *Journal de thérapeutique* un mémoire fort remarqué, tant par la nouveauté du sujet parmi nous que par les utiles considérations qu'il contient. Cette publication est un honneur pour notre savant collègue ; car c'est à elle que l'on doit les nombreuses guérisons du rhumatisme cérébral par les bains froids qui depuis ont été obtenues en France.

Il ressort de ce travail que l'immersion dans les bains froids, en présence d'une affection à marche souvent foudroyante, qui peut tuer en quelques heures, a l'avantage, sur tout autre traitement, d'une action dont la promptitude et l'efficacité ne laissent rien à désirer.

Il peut paraître insensé, au premier abord, d'avoir recours à l'action du froid contre le rhumatisme articulaire aigu, dont la cause occasionnelle est habituellement un refroidissement. Mais nous n'avons qu'à mettre en présence des faits lamentables dont il a été question, les exemples de guérisons remarquables dues manifestement à l'emploi des bains froids, pour nous convaincre que, si la chirurgie a des hardiesses heureuses, la médecine peut aussi avoir les siennes.

Dans le cours de l'année 1875, qui suivit celle de la publication du mémoire de M. Maurice Raynaud, les faits de guérison se multiplièrent. D'abord le docteur Blachez, se rappelant le beau succès du docteur Raynaud, et se trouvant en présence d'une dame rhumatisante chez laquelle étaient apparues des accidents cérébraux des plus graves, obtint une

guérison qui eut un juste retentissement. Il en résulta que l'on n'hésita plus autant à employer les bains froids dans le rhumatisme cérébral. Dans cette même année 1875, MM. Féréol, Vallin, Colrat (de Lyon) publièrent des observations suivies de guérison, et j'obtins moi-même deux succès de ce genre encore inédits, et que je rapporterai tout à l'heure. Enfin la thèse d'agrégation du docteur Ducastel, publiée à la même époque, montra que sur 33 cas de rhumatisme cérébral, publiés depuis le travail de Wilson Fox en 1866, on en comptait 19 traités par les moyens ordinaires et suivis tous de morts, tandis que, sur les 14 autres traités par les bains froids, on avait obtenu 10 guérisons, et compté seulement 4 morts.

Je crois que cette statistique aurait été plus favorable encore si elle n'avait compris que des faits à forme délirante, semblables à ceux que j'ai en vue dans cette communication. Depuis que j'emploie les bains froids dans le rhumatisme cérébral de cette forme, la seule que j'aie rencontrée en ville et dans les hôpitaux, je n'ai eu, en effet, que des succès à signaler. Ils sont au nombre de cinq, et tous inédits. Je ne prétends pas que l'on ne puisse opposer à ce résultat une observation suivie de mort ; mais ce serait une exception qui n'infirmerait nullement la règle, et il y aurait à prouver que la mort aurait pu être provoquée par les bains froids ; c'est ce que, malgré mes recherches, je n'ai vu se produire nulle part.

La première observation que j'ai recueillie remonte au 24 avril 1865, deux mois après la publication du fait du docteur Blachez dans la *Gazette hebdomadaire*. Je reviendrai tout à l'heure sur cette première observation, et je rapporterai d'abord l'histoire de ma seconde malade, dont la guérison a été des plus remarquables, et auprès de laquelle j'ai été appelé le 16 juin de la même année

C'était une dame M..., demeurant rue de Joinville, à la Villette, et que je vis avec le docteur Savornin, qui lui donnait ses soins.

Cette dame, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, était âgée de trente-huit ans et encore bien réglée. En 1873, elle avait été légèrement affectée de rhumatisme articulaire ; mais au commencement du mois où je la vis elle avait été atteinte de nouveau, et cette fois avec une gravité exceptionnelle.

Le 15 juin, le rhumatisme avait envahi quatre ou cinq grosses articulations et celles des doigts. Il existait une fièvre intense qui s'expliquait non seulement par la gravité du rhumatisme articulaire, mais encore par une complication d'endopéricardite des plus manifestes. Je la vis pour la première fois le lendemain, 16 juin, et je constatai non seulement la complication de l'endopéricardite, caractérisée par un souffle cardiaque et du bruit de frottement, mais encore une pneumonie de la base du poumon droit. Des ventouses furent appliquées sans amélioration sensible.

Jusqu'alors les articulations étaient le siége de la fluxion rhumatismale. Mais le jour suivant, le 17 juin, les articulations deviennent libres et les mouvements faciles, en même temps qu'apparaît du délire, de l'agitation et une fièvre ardente ; le pouls est à 140 ; la température axillaire est à 41 degrés. Je vois la malade le lendemain matin, avec le même délire et les mêmes complications intrathoraciques, qui nous font porter un pronostic fatal. Je conseille, comme moyen ultime, et sans compter sur la réussite, je l'avoue, l'emploi des bains froids à 20 degrés centigrades et donnés de trois en trois heures jusqu'au retour de la fluxion articulaire.

Le lendemain, je crus la malade morte en voyant la baignoire à la porte de l'appartement ; mais il n'en était rien. Il y avait eu, au contraire, une très grande amélioration. Les bains avaient été administrés, malgré les difficultés résultant de l'agitation extrême de la maladie et de sa forte corpulence, qui avait nécessité le concours de six personnes pour chaque immersion. Après le premier bain de quelques minutes, pris jusqu'à l'apparition de frissons avec tremblement, la patiente avait eu moins d'agitation ; après le

deuxième bain, trois heures après le premier, l'amélioration avait été plus prolongée, et enfin, après le troisième, il y avait eu un repos et du sommeil pendant quelques heures, et. en même temps, les phénomènes locaux articulaires du rhumatisme étaient revenus au niveau du genou gauche.

Tout délire avait disparu. Il éclata cependant de nouveau le 21 juin, quatre jours après le premier accès, avec recrudescence de la fièvre, nouveau retour de la liberté articulaire, et hyperthermie axillaire au-dessus de 40 degrés. Le bain froid eut encore raison rapidement de cette nouvelle atteinte de rhumatisme cérébral ; l'amélioration générale reprit son cours, et, le 2 juillet, nous constatâmes la disparition de tous les accidents articulaires, thoraciques et cérébraux.

Quinze jours plus tard, la malade partait en convalescence pour la campagne.

En résumé, une femme, âgée de trente-huit ans, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endopéricardite et d'une pneumonie droite, fut prise en même temps, vers le quinzième jour de la maladie, d'une encéphalopathie délirante qui s'améliora sous l'influence des bains froids, et la guérison eut lieu malgré la coïncidence des complications thoraciques qui m'auraient fait hésiter à prescrire l'eau froide, si je ne l'avais pas considérée comme un va-tout thérapeutique, en présence d'une situation que je jugeais désespérée. Le succès vint démontrer d'une manière éclatante l'efficacité de la médication dans les cas les plus graves, et son innocuité au point de vue des manifestations cardiaques ou pulmonaires concomitantes.

J'avais été encouragé à l'emploi des bains froids, dans ce fait si gravement compliqué, par la première guérison que j'avais obtenue quelques mois auparavant, et dont il a été question.

Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un rhumatisme aigu polyarticulaire, et auprès de laquelle je fus appelé, rue du Temple, 54, par le docteur Boichox. Il existait chez la malade un délire avec retour de la liberté des

grosses articulations d'abord envahies. J'avais un vif souvenir du succès récent du docteur Blachez, et j'hésitai d'autant moins à conseiller l'emploi immédiat des immersions froides, que cette femme habitait et dirigeait avec son mari un établissement de bains. La guérison fut rapide ; je ne saurais donner des détails de ce fait, aucune note n'ayant été prise.

J'eus, pour la troisième fois, occasion, l'année suivante, d'avoir recours aux bains froids pour un rhumatisme cérébral dans ma clientèle. C'est encore à la Villette que je fus appelé auprès d'une dame atteinte de rhumatisme cérébral survenu la veille, et qui recevait aussi les soins du docteur Savornin. C'est un exemple très remarquable de la rapidité de la guérison dans certains cas.

La malade atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui est le sujet de cette observation, habitait rue de Flandres, au numéro 47, où son mari tenait un débit de vins. Je fus appelé auprès d'elle le 12 décembre 1876. Je la trouvai en proie à du délire qui n'avait pas les caractères d'un délire alcoolique, et il me fut affirmé de la façon la plus positive que jamais elle n'avait fait usage de boissons fermentées. Ce délire coïncidait avec la disparition presque complète des phénomènes articulaires. La température axillaire était très élevée, puisqu'elle atteignait 41°,4. Les bains froids à 20 degrés furent donnés toutes les trois heures, et dès le soir du même jour la fluxion articulaire avait reparu, le délire avait cessé, et la température était abaissée de près de 3 degrés ; elle était de 38°,6. On cessa l'usage des bains, et la maladie marcha rapidement vers la guérison, malgré l'élévation du thermomètre à 39 degrés au moins, qui se fit trois fois d'une façon passagère. Voici le relevé des températures qui furent notées avec soin par le docteur Savornin, matin et soir pendant six jours, puis le matin seulement jusqu'au onzième jour après ma visite.

	Matin.	Soir.
12 décembre	41°,4	38°,6
13 —	38 ,4	39 ,6
14 —	39	38 ,8
15 —	38 ,8	39 ,2
16 —	38 ,8	38 ,6
17 —	38 ,2	38 ,2
18 —	37 ,8	
19 —	37 ,4	
20 —	37 ,4	
21 —	37 ,5	
22 —	37 ,0	

En outre de ces trois cas de guérison observés dans ma pratique, j'ai eu encore deux fois l'occasion de constater, dans les hôpitaux, la guérison rapide du rhumatisme cérébral, survenant dans les mêmes conditions que dans les observations que je viens de rappeler.

A la Charité, notre excellent collègue le docteur Bourdon m'a procuré l'occasion d'en constater un nouvel exemple des plus remarquables. Ayant eu par moi connaissance du fait intéressant de la Villette que j'ai rapporté tout à l'heure, et dans lequel de graves complications thoraciques n'avaient pas empêché la guérison de l'encéphalopathie rhumatismale, il voulut bien me demander mon avis sur le fait d'un jeune homme admis depuis peu de jours dans sa division. Il était affecté d'un rhumatisme articulaire fébrile, compliqué de pleurésie avec épanchement, et il venait d'être atteint d'accidents cérébraux. A l'apparition du délire, on avait vu disparaître la fluxion des grosses articulations, et la facilité des mouvements revenir; tandis que la température axillaire était notablement élevée. L'existence de la pleurésie faisait hésiter notre confrère pour l'emploi des bains froids ; mais comme cette complication ne nous paraissait pas plus grave que l'endopéricardite et la pneumonie de la malade dont je lui avais raconté l'histoire, les bains à 20 degrés furent prescrits, et, dès le lendemain, les accidents cérébraux avaient disparu, les articulations étaient prises de nouveau ; et l'épanchement pleurétique, loin de s'aggraver, guérit assez rapidement, ainsi que le rhumatisme articulaire.

Tels sont les faits qu'il m'a paru intéressant de faire connaître. Ils nous montrent d'abord, à une époque antérieure à l'usage des bains froids, des malades atteints d'encéphalopathie rhumatismale délirante succombant rapidement, malgré tous les efforts du médecin, navré d'être le spectateur impuissant de cette mortalité fatale. D'autre part nous avons le consolant spectacle de la guérison, même dans les cas en apparence les plus graves, par l'emploi des bains froids ; et cette guérison se répète avec une telle constance, que cette médication s'impose au praticien en lui fournissant l'occasion de triomphes chers à son intelligence et souvent à son cœur.

Depuis que j'ai utilisé cette médication, je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir employée, puisqu'elle m'a constamment réussi ; tandis que, au contraire, j'ai eu deux fois le profond regret de voir le malade succomber dans les vingt quatre heures, en l'absence du traitement par les bains froids ; voici dans quelles circonstances :

Une jeune femme de chambre entrée à la Charité, dans ma division, avec un rhumatisme articulaire aigu ayant débuté nviron huit jours auparavant, éprouva, peu après son admission, des phénomènes cérébraux délirants, en apparence peu graves, mais avec le cortège des autres phénomènes caractérisqnes du rhumatisme cérébral que j'ai rappelés. Je prescrivis immédiatement des bains froids à 20 degrés. Par une négligence impardonnable de la part de l'infirmier chargé de l'administration des bains dans les salles, aucun bain ne fut administré, sous pré texte du mauvais état du thermomètre. A ma visite du lendmain, j'appris la négligence commise, et en même temps la mort de la pauvre malade.

Dans un autre cas observé en ville, peu de temps après la communication intéressante du professeur Germain Sée à cette Académie sur l'emploi du salicylate de soude dans la goutte et le rhumatisme, j'attribue également la mort à l'abstention de l'emploi des bains froids.

C'était le 19 juillet 1877. Je vis, rue de Richelieu, un

malade soigné par le docteur Blumenthal, et qui était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu très douloureux. Il prenait 6 grammes de salicylate de soude par jour, et il en était résulté une atténuation très sensible dans les douleurs articulaires. Mais, en même temps, il était survenu du délire avec une assez grande agitation. Quand je vis le malade, cette complication durait depuis quelques jours. Je songeai immédiatement aux bains froids ; cependant j'hésitai à les conseiller formellement en présence de la durée antérieure du délire sans accident depuis plusieurs jours, et dans l'incertitude où j'étais sur la cause de l'atténuation de la fluxion articulaire, qu'on pouvait aussi bien attribuer à l'emploi du salicylate qu'à l'encéphalopathie délirante. D'ailleurs, devant l'assurance que me donna mon confrère de l'atténuation sensible des accidents délirants depuis la veille, atténuation qu'il attribuait à la continuation de l'emploi du sel salicylique, je n'insistai pas sur l'emploi des bains froids. Malheureusement j'appris le lendemain, à mon très grand regret, que la mort était survenue, la nuit, dans le coma.

Je ne pense pas que, dans ce cas malheureux, on puisse incriminer le salicylate de soude, si précieux lorsqu'il s'agit de calmer les vives douleurs rhumatismales ou goutteuses, et l'accuser d'avoir produit les accidents cérébraux mortels. Il est reconnu, aujourd'hui, que l'emploi de ce sel peut occasionner de légers troubles nerveux, mais non des accidents graves à la dose de 6 grammes par jour.

La conclusion à tirer du fait que je viens de rappeler, c'est que l'on ne doit pas hésiter à avoir recours aux bains froids pour traiter le délire rhumatismal chez les malades déjà soumis à l'action du salicylate de soude, auquel on pourrait attribuer l'atténuation de la fluxion articulaire.

Si l'on tient compte de l'ensemble des faits de rhumatisme cérébral à forme délirante, survenant dans le cours du rhutisme articulaire aigu, il faut reconnaître que la véritable indication de l'emploi des bains froids dans cette affection existe d'une manière indubitable, lorsque le délire intercur-

rent coïncide avec une hyperthermie de 10 degrés au moins, et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations.

Pour mieux préciser les indications, mettons le praticien en présence du malade, et voyons dans quelles conditions il peut le trouver. Quelles que soient ces conditions, il doit partir de ce fait fondamental, à savoir : qu'il n'existe, jusqu'à présent, aucun exemple de nocuité de réfrigération utilisée contre le rhumatisme cérébral. Aucun accident immédiat n'a pu lui être imputé, et quand elle n'a pas réussi à empêla mort, ce qui a pu dépendre du mode défectueux de réfrigération employé, elle a prolongé manifestement la vie du malade. Tel est l'enseignement des faits qui me sont connus.

Avec la certitude de ne pouvoir nuire au malade, le médecin doit avoir recours aux bains froids ou bien s'en abstenir, dans les couditions suivantes :

1° Il doit les prescrire avec assurance quand au délire se joignent l'atténuation ou la disparition de la fluxion articulaire, et de plus une hyperthermie à 40 degrés et au-dessus. On peut dire qu'alors les bains froids réussissent toujours à procurer la guérison à toutes les périodes de l'évolution du rhumatisme cérébral, qu'il y ait délire, coma, ou même imminence de la mort.

On a, en effet, une preuve émouvante de leur action salutaire *in extremis* dans le fait observé au mois d'août de l'an dernier par le professeur Potain, et publié dans la *France Médicale*.

C'est l'observation d'un jeune astronome qui s'était livré avec ardeur à des travaux de calcul, et qui fût affecté d'un rhumatisme articulaire grave, bientôt compliqué d'accidents cérébraux foudroyants qui, en quelques heures, semblèrent rendre la mort imminente ; les cornées étaient ternes et dépolies. Les bains froids furent employés à diverses reprises, dès que le délire, calmé par l'immersion dans l'eau froide, revenait, en même temps que la température dépassait 39o, 5. La guérison eut lieu ; mais sur l'un des yeux une abrasion de la

cornée montrait encore à quel danger le malade avait échappé.

Des guérisons semblables sont bien faites pour encourager le praticien dans l'emploi de la médication dont je m'occupe.

2° En second lieu, on doit encore recourir aux bains froids dans le rhumatisme cérébral si, avec le délire, il n'y a pas diminution des symptômes articulaires, mais si l'hyperthermie est manifeste.

3° Les bains froids doivent être remplacés par des révulsifs, s'il y a un délire simple, les manifestations articulaires suivant leur cours, et l'hyperthermie faisant défaut.

On a vu la principale indication de la réfrigération dans l'hyperthermie, celle-ci étant considérée comme la cause du délire, et l'on a pensé que le délire cessait par suite de l'abaissement de la température. Il en est résulté qu'on a été pour ainsi dire à l'affût des ascensions du thermomètre après avoir obtenu une première hypothermie au-dessous de 40 dégrés. En ne se préoccupant ainsi que de l'hyperthermie, dont je suis loin de nier l'importance, on a envisagé la question thérapeutique sous une de ses faces seulement. Il est tout aussi nécessaire de tenir compte de la disparition de la fluxion articulaire que de l'hyperthermie, puisque, dans un certain nombre de cas, un traitement révulsif ayant fait reparaître cette fluxion sur les grosses articulations d'abord envahies, la guérison a eu lieu.

J'ai cité un fait de ce genre. Un autre a été publié par M. Dujardin-Beaumetz, qui a guéri aussi son malade par des vésicatoires appliqués sur des articulations des membres inférieurs dans un cas de rhumatisme cérébral avec délire.

M. Bourdon a vu deux guérisons se produire par des applications de sinapismes très forts sur les articulations le plus recemment affectées, dans le but d'y rappeler la fluxion rhumatismale, qui avait cessé à l'apparition de l'agitation et du délire. (Communication orale.)

De plus je tiens de M. Constantin Paul, un de nos anciens collègues, que, se trouvant dans les Pyrénées, il guérit un rhu-

matisant, atteint de la même encéphalopathie cérébrale que les précédents, en le faisant envelopper entièrement de laine en suint, seul moyen de révulsion qu'il eût sous la main. Il détermina ainsi une vive éruption cutanée, dont le développement amena le rétablissement du malade.

Malgré ces succès dus aux révulsifs, il ne faut pas en conclure qu'il soit indifférent d'employer la révulsion ou la réfrigération comme curatif du rhumatisme cérébral. La médication révulsive n'a que des faits rares et exceptionnels à son actif. Vigla n'a pu éviter la mort d'un assez grand nombre de ses malades en y ayant recours. La réfrigération, au contraire, se recommande par des succès à peu près constants.

Et cela se conçoit. Les révulsifs peuvent ramener le rhumatisme aux articulations, mais ne combattent pas l'hyperthermie ; tandis que la réfrigération abaisse l'hyperthermie en même temps qu'elle provoque une réaction qui ramène la fluxion articulaire disparue. Cette double action peut faire considérer la réfrigération et surtout les bains froids comme une sorte de spécifique contre le rhumatisme cérébral.

La réfrigération s'obtient par des méthodes diverses qu'il est utile de rappeler. On a eu recours sans s'y arrêter, à l'application extérieure de la glace. Les uns ont fait de simples lotions fraîches ou froides souvent répétées. D'autres ont employé des affusions hydrothérapiques, ou bien ont fait des applications réitérées d'un drap mouillé, comme dans l'observation suivie de guérison qui a été envoyée à l'Académie par le docteur Armaingaud (de Bordeaux). Enfin le docteur Dumontpallier nous a montré un ingénieux appareil qui a l'avantage de faire agir un degré de réfrigération constant, mais qu'il est difficile d'utiliser en dehors des hôpitaux. C'est plutôt un moyen propre à des recherches scientifiques, qu'à la pratique courante. Employé contre le rhumatisme cérébral, il devrait s'appliquer non seulement sur le tronc, mais aussi sur les membres, ce qui compliquerait beaucoup son emploi.

En définitive, c'est aux immersions ou aux bains que l'on a donnné avec juste raison la préférence. On les a employés à la température de 20 ou 25 degrés centigrades, en abaissant ou non cette température de plusieurs degrés par addition de glace. On les a répétées irrégulièrement,après une première immersion ayant abaissé suffisamment la température, dès que le thermomètre marquait 39 degrés. A mon avis, cette manière de procéder en vue de l'hyperthermie est exagérée, attendu qu'il faut tenir compte des oscillations de la température, qui met un certain temps à revenir à son type normal. Je vous ai rapporté une observation de guérison rapide, dans laquelle on a donné seulement trois bains le premier jour sans les renouveler les jours suivants, où le thermomètre a cependant indiqué une hyperthermie de 39°, 8 ; 39 degrés ; 39°, 2. Le retour de la fluxion articulaire, qui persistait alors, et la disparition du délire m'ont paru avec raison être une preuve de la guérison.

Dans tous les faits que j'ai observés et traités avec succès,j'ai conseillé des bains à 20 degrés toutes les trois heures jusqu'à la disparition du délire avec le retour des fluxions articulaires. Je faisais cesser l'immersion chaque fois, dès que le malade éprouvait des frissons, et ordinairement la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée ; puis se prolongeait de plus en plus après les immerssions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et ce succès de la médication était révélé non seulement par l'abaissement de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestations articulaires rhumatismales.

Le bain est le mode de réfrigération le meilleur, parce qu'il agit sur toute la surface du tronc et des membres d'une manière égale, ce que l'on n'obtient par aucun autre moyen réfrigérant. Le drap mouillé et renouvelé ne vaut pas l'immersion et l'on ne doit y avoir recours que si le bain fait défaut. Quant aux lotions froides, elles constituent un moyen de réfrigération insuffisant qui ne fait que retarder l'issue fatale, mais qui ne l'empêche pas d'avoir lieu, comme cela

est arrivé dans une observation communiquée à la Société clinique en 1878.

La prééminence du bain froid s'explique par les recherches expérimentales que M. Collin vous a communiquées dernièrement. Il a constaté que l'action du froid sur la totalité de la peau, comme dans l'immersion, amène une diminution de la température, qui s'étend aux parties profondes, et que le retour de la chaleur se fait beaucoup plus lentement. Le bain agissant sur la plus grande surface possible fait donc diminuer ou cesser l'hyperthermie avec rapidité, tandis que la réaction vers l'extérieur, qui succède, favorise le retour de la fluxion articulaire, et rappelle ainsi la manifestation rhumatismale.

Je viens, je crois, de démontrer l'effet curatif des bains froids dans les accidents cérébraux du rhumatisme avec hyperthermie. Cela ne veut pas dire que je considère la réfrigération par les bains comme étant aussi nécessaire et utile dans toutes les maladies fébriles générales avec production d'un excès de chaleur, et notamment dans la fièvre typhoïde. Permettez-moi une petite digression à ce dernier point de vue.

La question de l'inefficacité et même de la nocuité des bains froids dans la fièvre typhoïde me paraît jugée par l'affirmative. C'est ce qui est ressorti principalement du rapport important du docteur Humbert Mollière à la Société des sciences médicales de Lyon en 1876, et de la critique raisonnée du traitement de Brandt dans cette maladie, critique faite par notre savant collègue M. Peter, dans la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1877.

L'hyperthermie ne saurait d'ailleurs servir isolément comme base de pronostic et d'indications thérapeutiques. J'ai vu à la Charité deux malades affectés de fièvre typhoïde, chez lesquels la température axillaire est restée élevée à 40 dégrés et plus, pendant que la convalescence la plus franche était démontrée par la diminution de fréquence du pouls, l'humidité rosée de la langue, le retour de l'appétit, le réveil des facul-

tés intellectuelles, et par le bien être général ressenti par le malade. D'autres observateurs ont sans doute été témoins de faits semblables. J'ai attiré dans leur temps l'attention des élèves sur ces faits, pour les prémunir contre la tendance actuelle de trop subordonner la clinique des maladies aiguës à l'hyperthermie, dont les chiffres, avec ceux de la fréquence du pouls, hérissent en quelque sorte beaucoup d'observations modernes à l'exclusion d'autres détails cliniques tout aussi importants et par trop négligés.

Je reviens en terminant au rhumatisme cérébral.

Je désire que les faits rappelés dans cette communication puissent porter la conviction dans l'esprit de tous les praticiens. Le fait d'immerger dans l'eau froide un malade atteint de rhumatisme aigu plus ou moins généralisé semble, au premier abord, constituer une monstruosité thérapeutique, et il provoque une vive répugnance chez le médecin. Le jeune praticien surtout hésite à accepter la responsabilité d'une pareille médication ; mais il doit voir qu'il est en présence d'un dilemme qui ressort des faits observés. Il doit choisir entre la mort presque certaine du patient s'il fait un traitement ordinaire, insuffisant, où la guérison par un traitement en apparence barbare, mais que les succès réitérés obtenus lui imposent comme un devoir.

Pour l'accomplissement de ce devoir, il ne doit pas être arrêté par la perspective d'encourir la responsabilité d'un traitement en apparence aussi hardi. Il lui sera sans doute difficile de convaincre l'entourage du malade, si l'encéphalopathie rhumatismale s'annonce par un délire léger, facilement interrompu. Cependant si ce léger délire coïncide avec l'hyperthermie et l'atténuation ou l'abolition de la fluxion articulaire, il doit prévenir que tout retard de vingt-quatre heures dans l'emploi des bains froids peut entraîner la mort, ce qui oblige à agir sans retard.

Dans le cas où les accidents cérébraux seraient caractérisés par un délire violent ou par un état comateux, la famille du malade sera plus portée à se soumettre à l'avis du médecin. En tout cas, il y a urgence pour l'action immédiate.

Mon principal but, en vous faisant cette communication, a été de provoquer la confiance absolue du médecin dans l'efficacité du moyen de traitement que je préconise avec d'autres observateurs, et de propager l'idée de cette remarquable efficacité, en même temps que son innocuité complète. J'appelle donc sur ce sujet important une discussion, dont le retentissement pourrait empêcher désormais les morts inattendues qui ont été inconsciemment produites par l'expectation du médecin.

J'ose espérer que l'on ne m'accusera pas d'un enthousiasme irréfléchi pour l'emploi des bains froids contre le rhumatisme cérébral, en voyant sur quelle base sérieuse je fonde ma conviction.—*Bulletin général de Thérapeutique*, 15 Nov. 1880.)

Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, dans la transpiration fétide des pieds.

M. Armaingaud donne lecture d'un travail d'où il résulte :

1o, Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds; 2o. la suppression de la transpiration des pieds, obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne paraît pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux ; 3o. la pilocarpine agit, dans ce cas, en produisant une hypersécrétion dérivative et substitutive dans les glandes salivaires, et l'action sudorifique, qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complétement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine, ne parait pas pouvoir être substituée avantageusement à cette action sialagogue de la pilocarpine. Des observations plus longtemps prolongées permettront de savoir si les résultats de cette médication seront définitifs ou seulement temporaires.—(*Journal de Thérapeutique*, No. 3, 10 février 1881.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Du pansement des plaies.

Leçon clinique de M. l'agrégé Nicaise, recueillie à l'hôpital Laënnec, par M. Hache, interne du service, et revue par le professeur.

Messieurs,

Avant de revenir à l'examen des malades les plus intéressants du service qui fait habituellement l'objet de ces conférences, je vais vous dire quelques mots des pansements, et en particulier des pansements antiseptiques, question à propos de laquelle il se fait en ce moment une véritable révolution chirurgicale.

Isolée de la théorie qui la met en faveur aujourd'hui, la pratique des pansements antiseptiques n'est pas chose nouvelle ; autrefois en effet, et jusqu'au milieu du siècle dernier, les pansements se faisaient avec des substances aromatiques, des vins, des baumes, des vulnéraires, toutes substances plus ou moins antiseptiques en somme, et qui constituaient la base des topiques auxquels on associait certaines substances étranges pour satisfaire aux préjugés de l'époque, les excréments de divers animaux par exemple, de la poudre de langue de chien, des vers, etc. On trouve encore aujourd'hui chez le peuple la trace de ces vieilles pratiques dont le vulnéraire est un des derniers vestiges.

Appliqués indistinctement à tous les cas, ces topiques composés, quelquefois irritants, ont amené des complications et ont fait naître, comme réaction contre l'abus des excitants, l'usage des pansements avec les corps gras, que commence à préconiser l'Académie royale de chirurgie vers le millieu du dix-huitième siècle. Depuis cette époque et jusqu'au commencement de notre siècle, les emplâtres et les onguents furent peu à peu abandonnés. Le *pansement simple* devint le pansement habituellement employé pour les plaies, et conserva cette suprématie jusqu'à ces dernières années. C'était le pansement au cérat : on appliquait sur la plaie un plu-

masseau de charpie recouvert de cérat qu'on maintenait avec une compresse et une bande ; puis Larrey a ajouté au pansement simple le linge fenêtré qu'on interpose entre la charpie et la plaie après l'avoir enduit de cérat ; il est encore employé par beaucoup de chirurgiens.

Mais on s'est aperçu des nombreuses complications que présentaient les plaies pansées au cérat, et la statistique des hôpitaux d'il y a quarante ans montre les ravages qu'y faisaient la septicémie et l'infection purulente. Cette mortalité effrayante a été attribuée au contact de l'air infecté par l'encombrement, et on a cherché à la modifier en s'occupant de l'hygiène hospitalière, premier pas dans la voie de l'antisepsie. Puis on s'est mis à modifier les pansements, peu à peu et lentement : ainsi Velpeau a employé le coaltar, la poudre de corne de Demeaux, mais sans grand succès. Enfin, il y a 15 ans, en 1865, Lister a entrepris des recherches sur les pansements antiseptiques et est arrivé, après plusieurs modifications, au pansement que nous pratiquons aujourd'hui.

En somme, il y a trois grandes périodes dans l'histoire des pansements, — la première qui remonte à une époque très ancienne et pendant laquelle régnait une sorte de méthode antiseptique dont les agents étaient des substances aromatiques et alcooliques ; — la seconde qui commence vers le milieu du siècle dernier et se continue presque jusqu'à nos jours, et pendant laquelle les pansements se font avec des corps gras ; — la troisième, enfin, qui s'est ouverte récemment avec l'emploi des pansements antiseptiques.

L'explication des précautions que nécessite la méthode antiseptique est donnée par la doctrine médicale en faveur aujourd'hui, et qui attribue toutes les complication des plaies à l'infection et à l'absorption par les plaies. Pasteur et Tyndall, en effet, ont démontré la présence dans l'air et dans l'eau d'organismes microscopiques auxquels on a donné des noms très divers et que je désignerai sous le nom de microbes, qui ne préjuge rien de leur nature, car on en a fait successivement des animaux, des végétaux et des êtres inter-

médiaires à ces deux règnes. La question de leur rang dans l'échelle organique est secondaire au point de vue chirurgical, l'important est de connaître leur existence et leur dissémination dans tous les milieux et surtout naturellement dans les hôpitaux. Pour s'en préserver il faut prendre les plus grandes précautions, des précautions minutieuses, et on y est encouragé par les résultats qu'on obtient dans la pratique des opérations. Ces microbes présentent des formes variées ; ce sont des spores isolées ou en chapelet, des bâtonnets droits ou courbes, etc., mais leurs formes ne suffisent pas à les différencier, et des microbes semblables peuvent avoir des propriétés très différentes ; un microbe de même forme peut se rencontrer dans des empoisonnements diférents de l'organisme ; aussi pour les reconnaître faut-il faire comme Pasteur, les cultiver dans des liquides appropriés et les inoculer ensuite. C'est de la nécessité reconnue de se préserver des microbes qu'est né le pansement antiseptique.

Il ne faut pas, méssieurs, adopter exclusivement un pansement et l'appliquer aveuglément à tous les cas ; ainsi l'acide phénique, si bon pour certaines plaies, peut être très mauvais et très nuisible pour d'autres, par cela même qu'il est actif. Je reviendrai dans une autre leçon sur les propriétés de l'acide phénique ; je veux vous dire en passant qu'il n'est pas seulement antifermentescible et antiseptique, mais antifébrile antiphlogistique et hypothermique : c'est ce qui explique pourquoi il faut se garder de l'appliquer sur des plaies atoniques et sans vitalité suffisante. Chaque genre de plaie réclame un pansement spécial, et la classification des pansements peut se calquer sur celle des plaies.

On peut diviser les plaies en trois grandes catégories.

1o Les plaies récentes, saignantes, comme les blessures et les plaies d'opérations ;

2o Les plaies suppurantes, mais présentant de la tendance à la réparation ;

3o Enfin les ulcères, qui se divisent eux-mêmes en deux classes, les plaies sans tendance à la cicatrisation et les plaies

qui présentent une tendance progressive à la destruction par une sorte de gangrène moléculaire et pour lesquelles on devra réserver le nom d'ulcères, si l'on en trouvait un autre pour ceux de la première classe.

Nous ne parlerons aujourd'hui que des plaies saignantes, pour lesquelles on emploie deux sortes de pansements, le pansement de A. Guérin et le pansement de Lister. Dans le pansement de Guérin, très employé aussi et que j'emploie moi-même, la couche épaisse de ouate dont on recouvre la plaie est un obstacle aux microbes, et les résultats qu'on obtient avec lui sont bien supérieurs à ceux qu'on obtenait avec les pansements au cérat, ce qui explique la place qu'il occupe dans la thérapeutique chirurgicale. En ce moment le pansement de Lister tend à se généraliser de plus en plus, et c'est de lui dont nous nous occuperons maintenant.

Toutefois les plaies récentes chez un sujet sain présentent une tendance naturelle à la cicatrisation, l'idéal d'un pansement serait de protéger la plaie contre lès traumatismes et les absorptions nuisibles qui pourraient entraver cette marche ; c'est ce que cherche à réaliser le pansement de Lister. Mais il ne suffit pas toujours de protéger les plaies, et celles-ci présentent dans leur marche des différences qui se rattachent à des différences individuelles, à des altérations du terrain sur lequel elles évoluent, altérations qui obligent à ajouter quelque chose à la thérapeutique locale, à aider le travail de cicatrisation ; c'est là qu'intervient le traitement général du blessé, complétement négligé autrefois,.qui consiste à l'alimenter dès le début, à le tonifier, à lui donner de l'alcool, du sulfate de quinine qui est tonique en même temps qu'antifébrile, : c'est absolument le contraire de ce que dit Boyer, qui recommande dans son ouvrage, où se trouve résumé presque toute la chirurgie du dix-huitième siècle, la diète et les saignées, d'autant plus que la plaie était plus grande. Je n'insisterai pas sur ce traitement général dont on comprend facilement l'importance ; j'ajouterai seulement qu'il ne faut pas réduire la chirurgie à une manœuvre de pansement et ne pas oublier qu'on soigne des blessés et non des plaies.

La pratique du pansement de Lister, que nous employons exclusivement pour les plaies récentes, comprend un certain nombre de précautions et l'emploi de plusieurs pièces dont je vous indiquerai successivement l'usage et la valeur. Nous prendrons comme exemple l'opération de tumeur kystique du sein que nous avons faite il y a trois jours et à laquelle vous avez assisté. Avant l'opération il faut préparer les éponges, qui étaient autrefois un agent actif de contamination et sont abandonnées pour cette raison par les chirurgiens qui ne pratiquent pas la méthode antiseptique ; pour ne pas être dangereuses, les éponges doivent être toujours conservées dans une solution phéniquée au vingtième, exprimées au moment où l'on va s'en servir et lavées ensuite à l'eau faible au cinquantième ou au quarantième, dans le cours de l'opération, si l'on n'en a pas un nombre suffisant. Les instruments sont plongés une demi-heure avant l'opération dans des bassins plats remplis de la solution forte (au 20) ; en outre, les mors des pinces, où les impuretés s'accumulent facilement, doivent être lavés avec une brosse trempée dans une solution phéniquée. Enfin, tous ceux qui doivent prendre part à l'opération se lavent les mains dans la solution faible et on lave fortement le champ opératoire avec la solution au vingtième.

Pendant l'opération il faut employer la pulvérisation phéniquée. C'est la partie la plus critiquée et la moins employée du pansement de Lister, à cause de la difficulté d'avoir un appareil convenable. Lister employait d'abord des pulvérisateurs à la main, analogues à celui de Richardson, qui ont l'inconvénient de se déranger très souvent ; plus tard il a fait faire un pulvérisateur à vapeur ; celui que vous voyez dans le service est sûr et commode ; il a été construit par M. Collin, sur les indications de M. Lucas-Championnière. J'ai la conviction que c'est une précaution très utile ; l'acide phénique purifie l'air en même temps qu'il agit favorablement sur la plaie. Cette pulvérisation se fait avec la solution phéniquée forte qui se trouve mélangée d'une grande proportion de vapeur d'eau. A la fin de l'opération, quand les ligatures

au catgut sont faites,on lave largement la plaie, quelle que soit son étendue, avec la solution au vingtième; ce lavage n'est pas très douloureux, et du reste le malade est encore endormi : pour que la solution remplisse son effet antiphlogistique et antiseptique, il faut qu'elle soit assez forte pour que la surface de la plaie prenne une teinte blanchâtre et le sang une couleur chocolat. On fait ensuite la suture de la peau et on place un tube à drainage. Je reviendrai un autre jour sur ce dernier point pour insister sur son importance, et réclamer pour le drainage de Chassaignac la part qui lui revient dans le succès du pansement de Lister.

On procède alors au pansement, et l'on met d'abord sur la plaie un petit morceau de *protective*, sorte de taffetas vert non phéniqué protecteur et imperméable, que l'on lave dans la solution phéniquée faible avant de l'appliquer sur la plaie. Ce morceau de protective est destiné à empêcher le contact du pansement avec la plaie. Il faut que le morceau soit très petit pour que les liquides sécrétés par la plaie ne s'accumulent pas au-desous de lui et ne restent pas soustraits à l'action de l'acide phénique des pièces du pansement.

On recouvre le protective avec des compresses de gaze phéniquée ; cette gaze est préparée de façon à donner une certaine fixité à l'acide phénique, qui s'évapore au contraire plus ou moins rapidement quand on fait usage de compresses de tarlatane simple trempées dans l'eau phéniquée. Le nombre de ces compresses varie avec la sécrétion présumée de la plaie. Vient ensuite la pièce principale du pansement de Lister, très grande et devant dépasser de beaucoup la plaie ; quand on fait le pansement sur un membre, cette pièce de pansement doit en faire le tour et ses bords doivent se recouvrir ; elle se compose de huit feuillets de gaze phéniquée et d'un morceau de Mackintosch placé entre les deux derniers feuillets.

Le Mackintosch a un double but ; il empêche l'air de traverser le pansement, et les liquides sécrétés par la plaie de venir se putréfier au contact de l'air et engendrer des mi-

crobes. Avant d'appliquer ces pièces on les humecte légèrement avec la solution faible ou la vapeur phéniquée.

Ce pansement est fixé par une bande de gaze antiseptique qui doit recouvrir exactement les bords de la gaze et les dépasser pour que l'application soit complète ; la gaze adhère à la peau, et c'est alors un véritable pansement par occlusion. Par dessus ce pansement nous mettons de la ouate en quantité variable, fixée par une bande de tarlatane simple ou par un bandage de corps. Cette ouate a pour but de faire une compression élastique sur la plaie et d'entretenir sur la région blessée une température constante.

Quand faut-il faire le premier pansement ? cela varie selon les cas. Autrefois on l'enlevait le cinquième jour en hiver et le troisième jour en été, quand le pus était formé et perméttait de décoller facilement le pansement. Cette considération n'a plus de valeur aujourd'hui, car avec le Lister on n'a plus de suppuration que quand elle est rendue inévitable par une condition particulière de l'opéré, de la plaie ou des tissus sur lesquels on agit ; mais on observe une sécrétion séreuse abondante, plus abondante peut-être qu'avec les autres modes de pansement, et il faut changer le pansement quand il est taché, le premier ou le deuxième jour, mais généralement le troisième.

Dans le cas que j'ai pris pour exemple, je l'ai changé le deuxième jour ; je n'ai pas trouvé de pus, mais une sérosité abondante rendue noirâtre par son mélange avec une certaine quantité de sang et sans autre odeur que celle de l'acide phénique; enfin vous avez pu remarquer l'aspect de la plaie qui est spécial au pansement de Lister : avec le pansement simple on observe dans les cas les plus favorables un certain œdème de la région et un liséré rouge sur les bords de la plaie qui est sensible et présente ordinairement de petits points de suppuration ; ici, au contraire, la peau avait son aspect absolument normal jusque sur les bords de l'incision qui étaient accollés et qu'on pouvait toucher sans provoquer de douleur. Ce résultat n'est pas dû seulement aux précautions antisepti-

ques, il tient aux propriétés spéciales de l'acide phénique auxquelles j'ai déjà fait allusion tout à l'heure. Il est bien entendu que pour ce pansement comme pour tous les autres nous employons la pulvérisation phéniquée.

Nous allons parler maintenant des plaies qui suppurent et qui présentent une tendance naturelle à la cicatrisation.

La réunion par première intention n'est pas en effet toujours possible à obtenir, à cause de la nature même de la plaie, de l'état des tissus qu'elle intéresse ou de l'état général du blessé ; il se forme des bourgeons charnus qui secrètent du pus en quantité variable. On a alors une plaie ouverte, au lieu d'avoir une plaie fermée, et c'est sur la plaie même qu'est appliqué le pansement ; les bourgeons charnus une fois constitués, le danger d'absorption est moindre, et partant le pansement de Lister moins nécessaire. Il y a cependant des cas dans lesquels il faut encore l'employer, comme par exemple chez le malade couché au numéro 17 de la salle Malgaigne, qui présente un vaste décollement de la peau et une suppuration abondante à la suite d'un érysipèle phlegmoneux du tronc ; cet homme est, en effet, âgé et très affaibli, et la moindre complication pourrait lui devenir fatale. Une contre-indication du pansement de Lister pour cet ordre de plaies résulte de leur contact immédiat avec les pièces de pansement, qui expose à l'absorption de l'acide phénique et à un retard dans la cicatrisation. Ce contact serait bien évité en recouvrant toute la surface de la plaie de protective, mais on favoriserait ainsi le séjour du pus à la surface de la plaie et son altération.

Les conditions que doivent remplir les pansements de ces plaies sont les suivantes :

1° Protection contre les agents extérieurs ;

2° Préservation des microbes, plus facile que pour les plaies récentes ;

3° Absence de propriétés irritantes ;

4° Eviter de favoriser la suppuration, la laisser s'accomplir naturellement ;

5° Enfin écoulement facile du pus. Il est très important de parer de suite à sa rétention par une incision ou par le drainage, car elle n'a pas besoin d'être considérable pour amener des accidents qui cessent de suite, si on sait en reconnaître la cause, mais peuvent devenir graves dans le cas contraire.

Jusqu'à ces dernières années, depuis le commencement de ce siècle, on n'a guère employé pour les plaies qui suppurent que le pansement au cérat, sur lequel nous ne reviendrons plus. et aussi le pansement au cataplasme, appliqué en dehors de toute inflammation, pour les plaies d'amputation par exemple ; il faut pour ces cas le bannir absolument, car il retarde la cicatrisation et active la suppuration, épuise le malade et favorise la fermentation du pus à la surface de la plaie. J'ai vu il y a quelques années, dans cet hôpital, un homme qui avait eu un phlegmon de la main et avait été pansé exclusivement par les cataplasmes continués après la période inflammatoire. L'état de son bras s'était assez aggravé pour qu'on lui proposât l'amputation qu'il avait d'abord refusée. Quand il se décida à entrer dans cet hôpital pour réclamer l'opération, il avait des fusées purulentes qui allaient jusque dans l'aisselle et jusqu'en avant du thorax ; son état général était tel que l'amputation était impossible. J'ai fait supprimer immédiatement les cataplasmes, que j'ai remplacés par un pansement à l'alcool pur — pansement excellent dans certaines circonstances, mais dont je ne vous parlerai pas aujourd'hui, parce que nous ne nous occupons que des pansements les plus usuels. — Au bout de trois ou quatre jours, l'état général était assez relevé pour que l'amputation fût possible, et l'état local assez amélioré pour qu'elle fût devenue inutile. Cet homme, en effet, ne tarda pas à guérir complétement par le seul fait d'un pansement qui diminuait la suppuration. Et ce n'est pas là un cas isolé, j'en ai vu un certain nombre d'aussi frappants, sinon d'aussi graves. Aussi ai-je la conviction que le cataplasme, inconsidérément appliqué et prolongé, employé comme méthode de pansement,

peut être une cause de mort ce qui ne lui enlève rien, bien entendu, de sa valeur comme antiphlogistique.

Nous n'employons dans le service ni cérat, ni charpie, ni compresses, ni bandes de linge. Le cérat n'agit que comme corps gras ; il renferme souvent des impuretés, il salit les plaies ; il est généralement abandonné. Les compresses et les bandes de linge, dont le lavage est toujours imcomplet et très difficile, sont des moyens de transport des agents d'infection. Il en est de même, à plus forte raison, de la charpie. Nul doute que tout cela n'entrait pour beaucoup dans ces terribles épidémies d'infection purulente que l'on voyait autrefois dans les hôpitaux, et pendant lesquelles on ne pouvait faire la moindre incision sans voir le malade mourir. Je me souviens d'avoir vu, dans une de ces épidémies, un pauvre garçon atteint d'un écrasement du doigt si peu grave qu'on ne voulait même pas le recevoir et que cette terrible affection a emporté quelques jours après son entrée. Nous avons remplacé toutes les pièces de pansement par des compresses et des bandes en tartalane ordinaire, que leur bon marché permet de ne faire servir qu'une fois.

Avant de faire le pansement d'une plaie qui suppure, il y a certaines précautions à prendre : l'emploi du spray phéniqué est ici plus discuté et moins indispensable, il faut cependant mieux l'employer pour purifier l'air ; il faut vérifier et nettoyer les tubes à drainage, nettoyer avec soin les bords de la plaie et la région voisine pour que la peau fonctionne bien et respire normalement, enfin nettoyer la surface même de la plaie en évitant de la faire saigner : nous nous servons pour cela de tampons de ouate tremprés dans une solution phéniquée faible et qui ne servent aussi qu'une fois, et pour les injections de seringues ou d'irrigateurs, toujours chargés avec la solution faible. Le pansement lui-même est simple : nous appliquons sur la plaie des compresses de tarlatane superposées en nombre variable suivant le cas, imbibées de la solution faible et exprimées. Ces compresses absorbent bien le pus et l'empêchent de se putréfier. Quoique l'acide phéni-

que qu'elles contiennent soit moins fixé que dans la gaze antiseptique, on retarde cependant assez longtemps l'évaporation de la solution phéniquée en recouvrant la tarlatane de taffetas gommé qui a encore l'avantage d'empêcher l'air d'arriver au contact de la plaie et du pus et de les contaminer. Enfin ce taffetas empêche encore la dessication du pansement, point capital, car un pansement desséché est douloureux ; la levée en est pénible et amène souvent la déchirure de petits vaisseaux, ce qui est une cause de retard dans la cicatrisation et d'absorption plus facile à la surface de la plaie. Nous recouvrons ce pansement de ouate qui a les avantages dont nous avons parlé plus haut : compression douce, protection et entretien d'une température constante sur la plaie. La ouate est maintenue par une bande de tarlatane ; nous ne nous servons de bande de toile que s'il est nécessaire de faire une compression un peu forte.

Ce dont nous nous servons le plus souvent comme topique est la solution phéniquée faible au 40° ou 50°, mais on peut se servir aussi d'autres topiques ayant des propriétés analogues, c'est-à-dire servant simplement à protéger les plaies, puisque nous ne parlons en ce moment que de celles qui ont une tendance naturelle à la cicatrisation. C'est ainsi que j'ai employé beaucoup autrefois l'huile phéniquée au 10°, qui n'est pas irritante parce qu'elle ne mouille pas la plaie, et je vais vous citer un cas où elle a rendu les plus grands services ; il s'agissait d'un homme de trente-trois ans, vigoureux, qui avait eu la cuisse écrasée par la roue d'une grosse voiture ; les parties molles étaient complétement broyées, sans plaie de la peau ni fracture des os. Cet homme a refusé l'amputation. Pendant le travail d'élimination de la cuisse j'ai recouvert la plaie de compresses imbibées d'huile phéniquée, la plaie était en outre soigneusement lavée avec une solution phéniquée faible. La partie mortifiée était enveloppée dans des compresses trempées dans une solution alcoolique concentrée d'acide phénique. Le membre a été pour ainsi dire momifié. Le malade a eu un peu de fièvre et nous avons assisté à l'élimi-

tion spontanée de son membre sans que lui ni ses voisins aient jamais été incommodés par une odeur de putréfaction ; le malade ne s'en est aperçu que quarante-huit heures après. J'ai renoncé en partie à employer l'huile phéniquée parce qu'elle est souvent rance et qu'elle peut alors devenir irritante, on pourrait aussi employer la glycérine phéniquée au 40° ou au 50°.

Il faut changer les pansements toutes les vingt-quatre heures ou seulement tous les deux ou trois jours, selon l'abondance de la suppuration.

En somme, dans les pansements de ces plaies, il faut surtout éviter la rétention du pus, le desséchement de la plaie, son irritation par les topiques ou par les impuretés qui peuvent venir le contaminer, et l'affaiblissement des malades par une suppuration trop abondante.

Nous allons nous occuper maintenant des plaies qui ne marchent pas vers la cicatrisation et qui demandent à être excitées. Je vous ai dit que ces plaies étaient de deux sortes, les plaies simplement stationnaires et les ulcères proprement dits qui s'étendent par gangrène moléculaire ; c'est seulement de la première de ces variétés que je vous parlerai aujourd'hui.

Ces plaies ont besoin d'un pansement excitant qui active et régularise la formation des bourgeons charnus, et c'est là qu'il faut revenir aux pansements de l'ancienne chirurgie ; nous employons ici surtout le vin aromatique et le styrax. Ces substances ne conviennent pas toutes deux aux mêmes plaies. Le vin aromatique est moins irritant et convient aux plaies qui demandent à être moins excitées : on le fait avec les fleurs et les feuilles de plantes aromatiques macérées dans l'alcool et mélangées à du vin ; j'y fais ajouter, en outre, 2 0/0 d'acide borique, qui est antiseptique et n'a pas comme l'acide phénique l'inconvénient de retarder quelquefois la cicatrisation des plaies. Le styrax est beaucoup plus excitant, et il faut même se défier de son action irritante et ne pas en mettre sur les bords de la plaie et sur la peau, où il peut déterminer de l'érythème et

même des vésicules et des bulles. Ces topiques sont mis sur les compresses de tarlatane qu'on recouvre de taffetas gommé, de ouate et de bandes comme pour les autres pansements

Nous employons encore pour certaines plaies atoniques le diachylon et l'emplâtre de Vigo taillés en bandelettes ; c'est surtout aux ulcères des jambes que ce mode de pansement est applicable ; je reviendrai dans une autre leçon sur cette variété d'ulcères et les pancements qu'ils réclament.

Tels sont, messieurs, les principes généraux du pansement des plaies ; je vous en ai entretenu un peu longuement parce qu'ils ont des applications constantes et que leur connaissance vous permettra d'apprécier les raisons qui nous font choisir dans chaque cas les pansements que vous nous voyez emploi yer.

Ces considérations sur le pansement des plaies pourraient se résumer en quelques mots :

Eviter la contagion, l' inoculation des maladies infectieuses en renonçant à l'usage de la charpie, des compresses, des bandes de linge, et en les remplaçant par des pièces de pansement qui ne servent qu'une fois.

Repousser l'emploi des corps gras et les cataplasmes, qui favorisent la suppuration et amènent l'atonie des plaies avec ses conséquences.

Exiger une propreté minutieuse dans tout.

Employer les agents antiseptiques.

Chercher autant que possible à obtenir la réunion par première intention.

Faciliter l'écoulement des sécrétions de la plaie, de la sérosité et du pus, surtout par le drainage qui joue un rôle si important dans les succès que l'on obtient aujourd'hui.

Eviter la dessication du pansement.

Enfin modifier les pansements suivant la nature de la plaie.

Du traitement de l'éclampsie puerpérale.

PAR LE DR L. M. REUSS.

Après la rupture de l'utérus, il n'y a pas d'accident plus redoutable dans la grossesse que l'éclampsie. Quel que soit le moment où elle débute, que les attaques convulsives se présentent avant le travail, qu'elles coïncident avec lui, ou qu'elles le suivent, le danger est imminent et une terminaison fatale toujours à craindre.

D'après les statistiques de M. Pajot, de Bailly, de Mauriceau, de Braun, de Mme Lachapelle, la mortalité est de 1 sur 2, 33. C'est là une proportion terrible et qui fait de cette complication du gravidisme une des plus meurtrières maladies.

Il est donc tout naturel que de tous temps les accoucheurs se soient préoccupés de trouver un remède efficace à ce mal si terrible ; bien des méthodes ont été tentées, bien des agents thérapeutiques essayés, mais jusqu'à présent, malgré les succès enrégistrés, le remède véritable, la médication réellement souveraine, est encore à trouver.

Nous ne nous appesantirons pas ici sur les diverses théories successivement mises en avant, admises, puis abandonnées, pour expliquer l'étiologie de l'éclampsie. Cependant comme chacune de ces théories a servi de base à un système de traitement, nous allons les résumer brièvement avant d'aborder la question thérapeutique.

Pendant longtemps la cause primordiale assignée à l'éclampsie puerpérale a été la congestion des centres nerveux cérébro-médullaires ; l'irritation, l'excitation qui en résultaient provoquaient les convulsions éclamptiques.

Puis a surgi une théorie nouvelle, inaugurée par Mangenest, en 1867, celle de l'anémie cérébrale générale.

Deux autres opinions ont été mises en avant, et nous en avons fini avec les causes d'origine nerveuse : la première qui fait de l'éclampsie puerpérale une névrose d'origine cérébro-spinale dont l'utérus serait le point de départ, qui a, avec

quelques modifications, été défendue l'an dernier par le Dr Paulopoulos dans sa thèse (1); l'autre qui ne veut y voir qu'une hydro-encéphalite, avec un œdème du bulbe.

Après que l'on eût constaté la présence de l'albumine dans les urines, on a cherché dans la néphrite et les altérations du rein la cause des attaques convulsives ; l'hydrémie, l'hypalbulminurie ont été invoquées par les savants qui cherchaient dans les modifications du sang l'explication de la maladie.

Enfin, nous arrivons à la théorie de l'intoxication du sang en la toxémie, : c'est la théorie de l'urémie, de l'ammoniémie, de la créatinémie, de l'urinémie, suivant que l'on adopte, comme agent toxique du sang, l'un ou l'autre des principes qui donne leur nom à la maladie. C'est à cette théorie que se rattache le système de M. Péter, la *typhisation du sang.*

Toutes ces théories font de l'éclampsie une entité morbide, et, suivant son opinion rationnelle, chaque auteur y faisait entrer ou en rejetait tels symptômes, tels phénomènes qui ne lui semblaient pas se rattacher à un symptôme. C'est contre cette façon d'agir que s'élève en ce moment un groupe de savants anglais, notamment le Dr Duncan, de Glasgow.

Ne plus faire de l'éclampsie puerpérale une entité morbide, ne plus limiter le nom de l'éclampsie à une série de cas seulement présentant un appareil spécial, rattacher, au contraire, à cette affection tous les phénomènes épileptiques qui peuvent survenir pendant la grossesse, voilà, en quelques mots, le fond de cette théorie nouvelle.

N'est-il pas évident, en effet, dit le Dr Duncan (2) que les diverses causes qui produisent des convulsions épileptiques chez une femme non gravide, peuvent produire des manifestations convulsives chez une femme enceinte et que l'on peut supposer avec quelque raison que des conditions pathologiques assez légères pour ne pas affecter une femme non en-

(1) Paulopoulos. *Physiologie pathologique de l'éclampsie puerpérale,* Montpelier, 1880.

(2) Duncan, *Renal Epilepsy in pregnant women* (*Glasgow med. Journ.* 1880.)

ceinte puissent, au contraire, avoir des effets désastreux sur une femme gravide ? il est clair que la force nerveuse, emmagasinée en vue du travail, a été sans cesse augmentée par des échanges nutritifs plus actifs dans la matière grise des centres nerveux, que l'irritabilité de ces centres nerveux peut être portée à un degré tel que, sous l'influence d'une irritation périphérique légère, d'un phénomène pathologique souvent peu grave, empêchant l'élimination parfaite des matières élaborées ou amenant un empoisonnement du sang, il survienne brusquement une attaque convulsive et comme une explosion intempestive de cette force nerveuse accumulée. Duncan propose même d'appeler dorénavant l'éclampsie une *épilepsie rénale*.

Quoi qu'il en soit de toutes ces théories, et que l'on adopte comme cause de l'éclampsie une congestion des centres nerveux cérébro-spinaux, une névrose par augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle, une altération du sang, une ischémie ou anémie du bulbe avec œdème, nous pensons avec M. Jacoud, qu'il ne faut voir dans toutes ces appréciations que des formes cliniques diverses, correspondant à diverses conditions pathogéniques. Et c'est en élargissant ainsi le champ de l'éclampsie que l'on y fera entrer diverses manifestations convulsives, survenant pendant la grossesse, que l'on avait négligées jusqu'ici ou attribuées à des causes différentes de celles que l'on admettait généralement pour l'éclampsie puerpérale.

Abordons maintenant le traitement de cette redoutable affection.

Malgré la diversité des théories qui ont tour à tour servi à expliquer l'étiologie de l'éclampsie, les divers moyens thérapeutiques employés peuvent se diviser en trois grandes classes :

1° La méthode spoliatrice ;

2° La méthode évacuante ;

3° La méthode anesthésique.

A ces méthodes, viennent s'ajouter encore divers traitements, dont les uns sont absolument tombés en désuétude, et

dont les autres s'adressent plus spécialement à tel ou tel symptôme de la maladie.

Enfin il y a le traitement chirurgical et obstétrical.

La *méthode spoliatrice* ou des émissions sanguines a longtemps régné sans partage ; cependant elle a eu, elle a encore d'illusres contradicteurs : Trousseau, Horaud, Braun lui sont absolument opposés ; Braun la considère comme une des causes principales de la mortalité des femmes éclamptiques. Caxeaux, M. Depaul, au contraire, la regardent comme l'unique et seul traitement de l'éclampsie. M. Depaul recommande de saigner de bonne heure et de ne pas craindre de retirer environ 400 grammes de sang ; on peut même aller jusqu'à une saignée de 500 grammes sans inconvénient.

Il faut que le sang jaillisse de la veine ; s'il sort en bavant l'effet sera à peu près nul.

La saignée diminue la masse du sang ; elle amoindrit la tension dans l'appareil circulatoire et atténue par conséquent les dangers d'une congestion des viscères, et surtout du cerveau ; mais elle agit encore en soustrayant à l'économie une certaine quantité de sang vicié et diminue d'autant l'intoxication du sang ; elle provoque la contraction des petits vaisseaux du bulbe et du cerveau, phénomène qui amène la pâleur, les syncopes, enfin elle agit sur les reins et amène un affaiblissement sensible de l'albuminurie.

La saignée est donc à la fois un agent de spoliation et provoque un fait physique, et un agent de contraction vasculaire, c'est-à-dire qu'elle donne naissance à un phénomène dynamique.

Enfin elle décongestionne le bulbe, le rein et le foie.

C'est dans cette méthode qu'il faut ranger aussi les émissions sanguines légères, à l'aide des sangsues. Généralement les sangsues sont placées aux apophyses mastoïdes, quelquefois aux cuisses, ; elles peuvent être d'utiles adjuvants à la méthode de la saignée, et sont employées même par les praticiens qui, reculant devant la saignée, se voient obligés néanmoins de provoquer une décongestion du bulbe.

Quand faut-il saigner ? Les partisans de la méthode spoliatrice répondent à cette question en disant qu'il ne faut pas attendre trop longtemps. Nous connaissons aujourd'hui fort bien tous les phénomènes qui précèdent l'attaque convulsive, cette attaque est souvent annoncée un jour ou deux à l'avance par un état de malaise général ; le symptôme le plus habituel et le plus sérieux est une céphalalgie intense et persistante, accompagnée quelquefois de troubles visuels. Cependant la vue ne s'obscurcit et ne se trouble d'habitude que lorsque l'accès est imminent. Un autre phénomène encore peut faire soupçonner l'invasion prochaine de l'éclampsie : c'est la présence de l'albumine dans les urines ; mais il ne faudrait pas être trop exclusif, et penser parce qu'une femme enceinte est albuminurique elle sera nécessairement atteinte d'attaques éclamptiques. Les statistiques sont là pour prouver qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Mais pourtant si la femme est d'un tempérament très nerveux, si à l'albuminurie viennent se joindre cette céphalée gravative et persistante, une insomnie opiniâtre, une excitation nerveuse anormale, on devra recourir à la saignée ; on ne se bornera pas à une seule saignée ; d'après le précepte de M. Depaul, on répétera les saignées plusieurs fois, on saignera pendant les accès, si on n'a pu les éviter.

On verra par la statistique donnée plus bas, que cette méthode a certainement sa valeur.

La *méthode évacuante* a été mise en avant par divers auteurs, sans que, toutefois, croyons-nous, elle ait jamais été érigée en méthode unique de traitement. Cependant, en produisant l'évacuation des matières septiques auxquelles se lie l'urémie, elle peut rendre ou plutôt pourrait rendre de grands services. Malheureusement elle n'est d'un usage facile qu'en tant que thérapeutique préventive. Une fois l'accès éclamptique commencé il est difficile, sinon impossible, et nous l'avons expérimenté maintes fois, d'administrer un purgatif ou même un lavement.

Les purgatifs salins conviendraient le mieux ; mais outre

qu'ils demandent un certain temps pour agir efficacement et que c'est surtout le temps qui manque, ils nécessitent une absorption de liquide trop considérable. Aussi a-t-on été obligé de recourir aux drastiques, et dans cet ordre d'agents thérapeutiques, presque tous les drastiques ont été successivement donnés ; le jalap, la scammonée, le croton, etc, ont été mis à contribution. Paul Dubois donnait 50 centigrammes de jalap et 50 centigrammes de calomel en cinq paquets. Nous avons employé plusieurs fois cette formule et nous en avons toujours eu d'excellents et de prompts résultats ; si les purgatifs ne peuvent être absorbés, on aura recours aux lavements : 100 grammes de miel de mercuriale, deux cuillerées de miel commun, ou de sel de cuisine dans deux verres d'eau tiède, seront, en général, suffisants pour provoquer une évacuation assez abondante. Mais les malades gardent difficilement les remèdes, ou du moins pas assez longtemps pour que leur effet soit réellement efficace.

A la méthode évacuante se rattachent naturellement les diurétiques ; on peut leur faire le même reproche qu'aux purgatifs ; ils sont d'une administration difficile, d'une efficacité trop douteuse si les attaques d'éclampsie sont établies.

Malgré l'autorité des noms qui demeurent attachés à cette méthode, nous ne la voyons donc réellement utile que comme médication préventive. Elle sera un utile auxiliaire de la saignée, et rendra des services incontestables ; mais une fois que la femme est en proie aux attaques d'éclampsie, il ne faut plus compter sur les évacuants. Ce serait perdre un temps précieux et malheuresement, dans une maladie aussi terrible, perdre du temps c'est aggraver encore l'état de la malade. On a employé également les vomitifs, l'émétique ; mais cette pratique nous semble dangereuse, malgré l'autorité de Collins et de Tarnier ; en effet, les efforts de vomissement provoquent une congestion qui vient s'ajouter encore à la congestion existante, et est par cela même une cause de périls. Il vaudrait mieux, si l'on veut recourir au tartre stibié, le prescrire à hautes doses, ou selon la méthode rasorienne.

La *méthode anesthésique* est une de celles qui a le plus de partisans en ce moment : c'est la dernière venue, et aux premiers succès enrégistrés par elle on crut avoir trouvé le remède radical contre l'éclampsie ; l'événement malheureusement n'a pas complétement justifié cette attente ; mais il n'en est pas moins vrai que le chloroforme peut revendiquer un grand nombre de succès dans le traitement de l'éclampsie. C'est M. Richet qui, en 1848, songea le premier à recourir aux inhalations de chloroforme dans l'éclampsie. La malade guérit.

Cette méthode a de nombreux partisans : Horaud, Campbell, Blot, Danjau, Chivari, Bailly, Chassaigny, Braun la considèrent comme la seule rationnelle ; mais quand on voit MM. Pajot, Tarnier, Lafargue la repousser actuellement, quand M. Depaul, non seulement lui dénie toute action, mais s'étonne encore que l'on ait pu songer à l'employer, quand M. Péter, enfin, déclare tout récemment le chloroforme sans action contre la typhisation des centres nerveux, on se demande où est la vérité ? Certainement les statistiques de Braun sont tentantes : 16 guérisons sur 16 cas donneraient une valeur incontestable à la méthode des anesthésiques, si cette statistique ne laissait pas dans l'esprit le doute que Braun n'a pas eu affaire à de véritables éclamptiques, ou du moins que ces malades n'ont eu que des attaques trés légères.

Le chloroforme, d'après Claude Bernard, coagulerait la myéline ; en tout cas il anémie les centres nerveux et par là produit une sédation, c'est là l'explication de ses bons effets dans l'éclampsie.

Mais pour arriver à une sédation efficace il ne faut pas donner timidement le chloroforme ; il faut en user largement en inhalations persistantes. Cependant il ne faudrait pas tenir continuellement la malade sous l'influence chloroformique immédiate ; pendant les accès il est complétement inutile de donner le chloroforme. C'est lorsque les convulsions ont cessé, quand la respiration a recommencé, qu'il faut faire respirer l'agent anesthésique. Il ne faut pas craindre d'aller

jusqu'à 60, 70, 80 grammes de chloroforme ; nous avons nous même tenu une malade pendant six heures consécutives sous l'influence du chloroforme, elle en a absorbé 90 grammes sans inconvénient ; le chloroforme éloignera les accès et en diminuera l'intensité ; il finira par les calmer tout à fait dans les cas heureux, et permettra, sous l'influence du sommeil qu'il procure, de tenter les manœuvres obstétricales que peut nécessiter un accouchement forcé.

Lorsque le chloral fut introduit en thérapeutique il était de toute évidence que l'on dût songer à l'employer contre l'éclampsie. Les partisans de la saignée ne se sont pas élevés contre son emploi comme contre celui du chloroforme : il est au contraire pour eux un utile auxiliaire de la méthode de spoliation ; il est, comme le chloroforme un agent de sédation, parce qu'il anémie les centres nerveux. Les partisans de la méthode des inhalations chloroformiques ne rejettent pas absolument le chloral, mais il ne lui reconnaissent une action effective que par le chloroforme qu'il contient ; ils l'associent cependant à celui-ci, soit sous forme de potion soit sous forme de lavements. 4 gramms de chloral dans une potion, ou un lavement de 6 à 7 grammes de chloral, pourront produire un excellent effet ; pourtant nous avons vu donner des lavements de 12 grammes de chloral sans que l'on soit arrivé à produire une sédation manifeste et durable. Le chloroforme lui-même a été donné en potion mais sans grand résultat.

Cette méthode de l'anesthésie découle de la théorie étiologique de l'anémie : c'est Maugenest qui, en 1867, inaugura cette théorie, et c'est à partir de ce moment que la médication anesthésique fut surtout en faveur : il s'agissait de combattre les phénomènes irritatifs et l'emploi du chloroforme était tout indiqué.

En tout cas, il ne saurait être question, pour le traitement, d'être préventif : il ne trouve son emploi que lorsque l'accès est établi ou qu'il est imminent, peut être pourrait on alors empêcher son explosion, terminer l'accouchement sous l'in-

fluence du sommeil anesthésique et éviter ainsi à la malade cette terrible complication ?

A la Maternité c'est surtout le chloroforme qu'on emploie ; à l'hôpital Cochin, pendant le passage de M. Polaillon, on y employait de préférence le chloral.

Nous verrons tout à l'heure par la statistique empruntée à Testut que le chloral est celui des agents thérapeutiques qui aurait donné les plus brillants résultats.

Il nous reste maintenant à examiner divers traitements appliqués à des phénomènes pathologiques particuliers, et que l'on ne peut faire rentrer dans aucune des trois grandes classes que nous venons de décrire.

On a combattu les congestions cérébrales par les affusions froides, Récamier, Crunard, Roth, etc., les ont conseillé ; Tessier fait usage des révulsifs céphaliques (huile de croton), enfin on a fait la compression de la carotide, nous pensons que la saignée remplira plus sûrement cette indication.

L'insomnie, l'excitation nerveuse anormale ont été traitées par l'opium à dose assez massive C'est la pratique de Wieger, de Strasbourg, de Braun, de Kiwisch, de Scanzoni, etc. Mais qu'on donne l'opium à l'état d'extrait ou qu'on le donne en injections hypodermiques, la pratique nous semble mauvaise, car les préparations opiacées provoquent la congestion de l'encéphale et augmentent celle qui existe déjà ; de plus leur administration peut être suivie de torpeur ou de paralysie de l'utérus.

Si cependant l'on avait affaire à une femme très anémique déjà saignée, l'on pourrait donner l'opium qui alors serait un réactif. Les Allemands donnent 5 à 30 centigrammes d'opium ou de 2 à 5 centigrammes d'acétate de morphine en injections hypodermiques.

On a essayé des révulsifs généraux. Velpeau conseillait les vésicatoires ; M. Depaul, cependant reproche au vésicatoire de réveiller les convulsions, de rappeler l'accès à cause de la douleur siégeant au lieu d'application du vésicatoire.

L'éther, l'eau de mélisse, l'arsenic, la fleur d'oranger, le

castoréum, le musc, etc., ont été employés contre l'éclampsie : mais tous ces antispasmodiques n'ont pas paru apporter un grand bienfait à la maladie ; employés seuls ils seraient en tout cas insuffisants et pendant l'accès leur administration est aussi difficile que celle d'un purgatif. Nous possédons du reste, un antispasmodique plus puissant et dont l'efficacité, lente à se manifester, est sûre : c'est le bromure de potassium, vanté par Voisin, par Pelvet et par Gubler ; cependant la lenteur de son action le fera toujours rejeter une fois que les attaques convulsives se seront manifestées, malgré les succès de Shayer, de Karsas ; c'est à la dose de 10 à 15 grammes qu'on l'emploiera, mais son action sera surtout utile dans le traitement préventif.

La théorie de l'intoxication du sang a fait appliquer tour à tour l'acide citrique, l'acide benzoïque, le citron. Nous ne savons si ces agents thérapeutiques ont réussi ; nous ignorons aussi si on a employé l'acide salycilique, cependant il se pourrait qu'on l'ait essayé en Allemagne.

Nous en aurons fini avec les traitements médicaux quand nous aurons signalé la tentative du Dr Stanithorpe, qui a publié un cas d'éclampsie puerpérale guérie au moyen des injections sous-cutanées d'ergotine ; il avait inutilement essayé toute espèce de traitements : il fit des injections hypodermiques d'ergotine, termina l'accouchement par le forceps. Est-ce réellement une action curative que celle qu'a exercé en ce cas l'ergotine ? N'a-t-elle pas agi bien plutôt comme agent d'expulsion, et en aidant à débarasser l'organisme du fruit de la conception, seule cause des attaques convulsives.

Les Allemands ont, dans ces derniers temps perfectionné la méthode de la saignée ; ils ne se contentent plus d'enlever une certaine quantité de sang à la malade, ils lui infusent un autre sang, remplaçant ainsi le sang intoxiqué par un sang sain et non vicié. Cette pratique nous paraît fort belle en théorie, mais à peu près impossible en pratique. Nul n'ignore les précautions minutieuses que l'on est obligé de prendre pour mener à bien une transfusion du sang : or, vouloir

faire cette opération délicate sur une femme atteinte d'attaques éclamptiques nous paraît vouloir tenter l'impossible et ajouter un danger de plus à ceux que court déjà la malade.

Enfin il existe une dernière méthode de traitement que nous ne citerons que pour mémoire ; on ne peut réellement l'appeler une méthode thérapeutique : c'est celle de l'abstention ; conseillée par MM. Robin, Wieger, de Strasbourg, elle est certainement la moins recommandable de toutes celles que nous avons examinées jusqu'ici : attendre, c'est vouer à une mort presque certaine la malheureuse qui est en proie aux convulsions éclamptiques, et l'on comprend difficilement qu'un médecin ait le courage d'assister au terrible spectacle qu'il a sous les yeux.

Le traitement obstétrical consiste à faire l'accouchement artificiel ; il ne doit pas être hâtif : cette pratique a été condamnée par Dubois, par M. Depaul, par M. Stoltz.

Malgré des attaques d'éclampsie violentes, on a vu l'accouchement se terminer naturellement ; il n'est pas rare de rencontrer les cas où dans le cours de sa grossesse une femme a été prise d'éclampsie sans que pour cela il y ait un avortement. Mais s'il y a imminence de mort, si le fœtus ne vit plus, si le col est dilaté ou dilatable, l'accouchement devra être fait, car le plus ordinairement c'est avec l'expulsion de l'enfant que cessent les convulsions.

La statistique des diverses méthodes de traitement, d'aprés Testut se décompose ainsi :

Traitement révulsif,	50 morts 0/0.
Traitement spoliateur,	35 — 0/0.
Traitement évacuant,	56 — 0/0.
Traitement mixte (saignée et purgatifs))	17,3 0/0.
Traitement anesthésique,	17,8 0/0.
Traitement chirurgical,	29,7 0/0.,
Traitement par le chloral,	7,4 0/0.

Les méthodes évacuante et révulsive auraient donc, d'après ces chiffres, les résultats les plus funestes : il faudrait donner

la préférence au traitement mixte ou au traitement par le chloroforme, les émissions sanguines seules donnant encore une mortalité de 35 0/0 ; mais ce qui frappe surtout, c'est le chiffre de la mortalité pour les malades qui ont pris du chloral : sept morts par cent ; ce serait donc le chloral qui deviendrait le remède héroïque contre l'éclampsie. Mais sur combien de malades porte cette statistique, c'est ce qu'il faudrait savoir, et c'est ce que les statistiques, en général, n'apprennent pas.

M. Charpentier, dans sa thèse d'agrégation, donne une autre statistique qui elle, démontre l'avantage de la méthode des saignées répétées :

Saignées en général,	34,7 0/0.
Saignées simples,	36,3 0/0.
Saignées répétées,	33,3 0/0.
Purgatifs,	44 0/0.
Révulsifs,	50 0/0.
Chloroforme,	50 0/0.

Nous ne tirerons aucune conclusion de ces deux statistiques, nous ne prendrons fait et cause ni pour une méthode ni pour l'autre ; nous croyons, au contraire qu'en les associant toutes, suivant les indications et les possibilités du moment, on obtiendra le plus sûrement des résultats heureux. C'est, du reste, la conduite que tiennent, en général, tous les médecins appelés auprès d'une femme atteinte d'éclampsie ; cependant si l'on a les moyens d'établir un traitement préventif, il ne faut négliger aucun détail.

Si l'on a constaté la présence de l'albumine dans les urines d'une femme enceinte, on prescrira la diète lactée, suivant les conseils de M. Tarnier ; on ordonnera les purgatifs drastiques, les révulsifs, et on procédera à une saignée : il vaut mieux ne pas enlever trop de sang à la malade, afin de pouvoir y revenir, si besoin est. Les femmes supportent, en général, très bien ces saignées répétées, et du moment qu'il n'y a pas imminence de convulsions une saignée de 300 à 500 grammes

n'est pas nécessaire. Au surplus, suivant M. Pajot, ce sont surtout les femmes fortes et grosses qui sont menacées d'éclampsie et chez elles les saignées répétées n'auront aucun inconvénient sérieux. Le bromure de potassium rendra aussi de grands services à ce moment, car son absorption est encore facile, et comme son action est lente, elle aura le temps de se manifester et d'empêcher peut être l'explosion des attaques.

Mais une fois l'accès établi, il faut recourir hardiment au chloroforme et au chloral, si la saignée n'a pas produit un effet sédatif ; il faut donner le chloroforme généreusement et le continuer pendant longtemps ; on le donnera dans l'intervalle des accès pendant la période de repos ou de coma, c'est-à-dire quand les mouvements respiratoires ont repris.

Il y a danger réel à le donner pendant les convulsions toniques ou cloniques.

Il faut s'abstenir aussi de toucher trop fréquemment la malade : le toucher provoque souvent de nouveaux accès ou exagère ceux qui existent : c'est là un fait d'observation courante et signalé par tous les auteurs.

Enfin, si malgré tous les moyens employés, saignée, inhalations de chloroforme, lavements de chloral, les accès persistent il faut se hâter de terminer l'accouchement ; le forceps, si le col est assez dilaté, est ici de grand secours et il ne faut pas craindre de l'employer.

Mais l'accouchement une fois fait, la malade n'est pas pour cela hors de danger ; quelquefois les accès continuent et amènent un dénouement rapidement fatal, ou bien la malade ne sort pas du coma dans lequel elle est plongée, et meurt après un temps plus ou moins long, sans avoir repris connaissance.

Si après l'accouchement on a quelque répit, qu'on se hâte de donner du bromure de potassium, imitant ainsi la pratique de W. Berry, associé au chloral, on pourra éviter la reprise des attaques d'éclampsie.

D'autres fois, enfin, la malade ne meurt pas de l'éclampsie

mais l'issue fatal est amenée par d'autres complications ; il se déclare une péritonite, une pelvipéritonite, une phlébite utérine.

Ces maladies sont la conséquence de l'éclampsie elle-même ou des manœuvres auxquelles on a été obligé de se livrer pour amener la délivrance.

Elles sont, en général, rapidement mortelles. Le pronostic sera donc toujours très réservé et on ne devra pas perdre de vue la malade pendant un certain temps après son accouchement.—*Journal de thérapeutique*, 25 janvier 1881.

NOTE DU RÉDACTEUR.—Pour nous, nous regardons la saignée, comme l'ancre de salut, mais il faut qu'elle soit pratiquée dès les premiers accidents. *Il faut faire une large ouverture et tirer beaucoup de sang. Toujours* nous avons vu mourir les femnes chez lesquelles on n'avait pas eu recours à ce moyen, *avec énergie et dès le début.* Les petites saignées répétées ne valent rien, ni celles dont le sang sort en bavant, il faut qu'il jaillisse de la veine. La saignée faite après *plusieurs* accès est encore inefficace.

En résumé, *saignée immédiate et abondante*, applications d'eau froide sur la tête, sinapismes volants sur la colonne vertébrale, calomel introduit entre la joue et la mâchoire, accouchement forcé, voilà les moyens qui nous ont toujours réussi. Nous nous abstenons d'employer le chloroforme, même durant ce dernier procédé, ayant cru remarquer que les douleurs qu'il occasionne nécessairement, agissant comme un puissant dérivatif, suspendaient les accès éclamptiques. Aussi n'avons-nous jamais cru devoir changer ce traitement pour le traitement anesthésique, d'autant plus qu'appelé en consultation, dans des cas où il avait été employé, nous avons toujours vu succomber la malade. Dans une maladie aussi meurtrière et qui ne permet point la temporisation, il faut donc que le médecin agisse de suite et emploie la médication que l'expérience prouve être la plus efficace. Par une impardonnable expectation de la part de trois médecins appelés auprès d'une de nos parentes, celle-ci est morte

sans donner le jour à son enfant et sa fortune qui était assez considérable a dû retourner à sa famille. Son mari eut donc le malheur de perdre d'un seul coup sa femme, son enfant, et un riche héritage que des soins convenables lui eussent probablement conservés ! Telle est la responsibilité du médecin !

Traitement des ulcères virulents.
Par le Prof. MARC SÉE.

L'auteur désigne ainsi les chancres du prépuce et du gland, les chancres qui résultent de l'ouverture d'un bubon chancreux et les ulcères phagédéniques. La guérison en est toujours très longue et demande des mois, quelquefois des années de traitement.

M. Marc Sée a obtenu des résultats beaucoup plus prompts et plus certains avec le traitement suivant : Le malade étant anesthésié, on enlève avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui se trouve à la surface de l'ulcère, et on racle jusqu'à mettre à nu les tissus sains. Il faut ouvrir tous les clapiers, porter la curette dans toutes les anfractuosités et ne rien laisser du tissu morbide. Cela fait, on cautérise toute la surface de l'ulcère avec le thermocautère, et on panse avec une solution antiseptique, chloral ou acide phénique.

Au bout de trois ou quatre jours, l'eschare s'élimine, et on trouve au-dessous une plaie bourgeonnante et de bonne nature, qui se cicatrise comme une plaie simple en deux ou trois semaines. (*Société de chirurgie, séance du* 13 *octobre* 1880.)—(*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

EXAMENS.

Au Collége Vétérinaire de Montréal, le prix pour le meilleur examen général, a été remporté par M. Albert Trudel, de Batiscan, qui a suivi les cours de Botanique, de Physiologie, de Chimie et de Matière Médicale à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Nous donnerons le résultat des examens de cette dernière institution dans notre prochain numéro.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. **MAI 1881** **No. 5**

PROVINCE DE QUÉBEC, }
District de Montréal. }

REQUÊTE LIBELLÉE

Présentée à Son Hon. le Juge Rainville le 14 Avril courant et sur laquelle a été accordé le bref contre l'Université Laval

COUR SUPÉRIEURE

L'HON. L. O. LORANGER,
Procureur-Général pro regina,
REQUÉRANT.

vs.

LE RECTEUR ET LES MEMBRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL,
Défendeurs.

Aux Honorables Juges de la Cour Supérieure du Bas-Canada, Province de Québec, siégeant dans et pour le District de Montréal,

La requête ou information libellée de l'Honorable L. Onésime Loranger, procureur-général de la province de Québec, l'un des membres du Conseil Exécutif et de l'Assemblée Législative de la dite province agissant aux présentes pour et au nom de Sa Majesté la Reine Victoria, Reine du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, Impératrice des Indes, etc., etc.

Expose respectueusement :

Que "l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal"

a été, sous ce titre, duement incorporée par un acte de la législature de l'ancienne province du Canada, lequel est le chapitre 81 des statuts passés en la huitième année du règne de Sa Majesté (8 Vict. chap. 81 A. D. 1845.) Aux fins de fonder, en la dite cité de Montréal, des chaires publiques d'enseignement de la médecine et de la chirurgie, ainsi qu'il appert au dit acte d'incorporation ;

Que la dite école s'est régulièrement organisée, a fondé en la dite cité de Montréal, des chaires d'enseignement de toutes les sciences et branches de connaissances se rattachant à l'art de la médecine et de la chirurgie et à la pratique d'icelui ; qu'elle a donné depuis ce temps et jusqu'à présent, sans interruption, et qu'elle continue à donner des cours réguliers sur toutes les dites branches de connaissances ;

Que ce dit enseignement de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a été couronné d'un grand succès ;

Que notamment, la dite école a, au moyen du dit enseignement, formé un grand nombre de médecins aujourd'hui établis dans toutes les parties du Canada, et dans divers pays étrangers où ils pratiquent l'art de la médecine et de la chirurgie avec honneur et distinction ;

Que, au moyen du dit enseignement et par la science, le travail, les talents et le dévouement de ses membres, la dite école a acquis une grande réputation, s'est attiré un grand nombre d'élèves de toutes les parties du Canada et des pays voisins et a atteint un haut degré de prospérité, laquelle s'est maintenue sans diminution jusqu'à l'été de mil huit cent soixante et dix-neuf ;

Que le dix décembre mil huit cent cinquante-cinq, il plut à Sa Très-Gracieuse Majesté la Reine Victoria d'octroyer au séminaire de Québec, corporation locale établie en la cité de Québec, une charte royale, érigeant le dit séminaire de Québec en Université "à Québec" sous le nom de "L'Université Laval," les nom et description légale donnés à la dite Université, par la dite charte, étant " le Recteur et les membres " de l'Université Laval *à Québec* dans la province du Canada "

(The rector and members of l'Université Laval (Laval University) at Quebec in the province of Canada) et de lui conférer sous ce nom droit de succession perpétuelle, droit d'avoir un sceau commun et de le changer, droit aussi ample que celui accordé à qui que ce soit, de poursuivre et d'être poursuivie devant tous les tribunaux de l'Empire et du Canada et autres possessions britanniques, la dite charte pourvoyant à ce qu'un conseil universitaire soit formé comme suit, savoir: du Recteur et de trois des plus anciens professeurs des facultés de théologie, de médecine, des arts et tous les autres membres du dit conseil choisis exclusivement parmi les directeurs du dit séminaire de Québec, c'est-à-dire parmi tous les membres du séminaire que le dit séminaire juge à propos de considérer comme directeurs ; la dite charte confère en outre au conseil de la dite Université pouvoir de faire des statuts, règles et ordonnances concernant le bon gouvernement de la dite Université, ses études, lectures, exercices, l'octroi des degrés dans les arts et facultés et concernant toutes autres matières et sur toutes choses paraissant bonnes et utiles au bien-être et à l'avancement de la dite universté et en harmonie avec la dite charte ; de nommer les professeurs des facultés de loi, de médecine et des arts, de présenter les candidats aux chaires de théologie ; la dite charte accordant à la dite Université Laval des priviléges semblables à ceux possédés par les universités du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, le pouvoir d'affilier et unir à la dite université, tout séminaire, collége ou institution de cette province que son conseil jugerait à propos d'affilier, le pouvoir de conférer les degrés de bacheliers, de docteurs et de maîtres ès arts et facultés aux élèves du dit séminaire ou de la dite université et aux élèves des séminaires et colléges affiliés, la dite charte déclarant nul et de nul effet tout ce qui répugnerait à la dite charte et à la loi ou qui ne serait pas en conformité avec les dispositions de la loi ou de la dite charte et déclarant en outre que la dite charte n'affecterait ni ne diminuerait en aucune manière, les droits, privilèges et pouvoirs du séminaire de Québec, lesquels demeureraient quant à l'adminis-

tration des affaires du dit séminaire de Québec, ce qu'ils étaient auparavant, laquelle charte étant ainsi octroyée par Sa Très-Gracieuse Majesté en son palais de Westminster, en la seizième année de son règne, ainsi que le tout appert à une copie de la dite charte royale produite comme partie des présentes ;

Qu'ainsi le caractère de la dite Université Laval et les pouvoirs et priviléges accordés à la dite corporation appelée "Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec, dans la province du Canada" sont d'une nature toute locale vu que c'est le séminaire de Québec qui est érigé en université *à Québec*, lequel séminaire tout en recevant les pouvoirs additionnels de fonder à Québec des facultés de droit et de médecine et de théologie et des arts, de créer des chaires pour enseigner ces branches de connaissances, de conférer les degrés de bacheliers, docteurs, maîtres ès-arts et facultés, et tout en étant enrichi des pouvoirs universitaires et de celui de conférer tous les titres et toutes les dignités universitaires, ne cessait pas d'être une institution purement locale dont le siége d'action était fixé à Québec, vu que la dite charte fixe le siége de la dite université en la cité de Québec et ne lui permet aucunement de transporter, ni établir ailleurs le siége de la dite université, ni d'en étendre l'organisation, ni d'en établir les facultés et les chaires dans les districts voisins, ni dans aucune autre partie du pays, ni par conséquent d'établir des succursales dans aucune partie du pays ;

Que d'ailleurs, c'est du caractère propre de la dite Université Laval et de toute université de même nature d'être des institutions locales et d'être restreintes quant à leur fonctionnement et à leurs opérations comme universités au lieu où leur charte fixe le lieu de leur établissement ;

Que, en vertu de la dite charte, la dite Université Laval a fondé, en la dite cité de Québec, diverses facultés, entre autres des facultés des arts, de droit et de médecine, et y a donné l'enseignement universitaire depuis l'année mil huit cent cinquante-six jusqu'à aujourd'hui et notamment, y a donné des cours réguliers de médecine et de chirurgie ;

Que dans le but de contrôler seule et même de monopoliser en autant que la population catholique était concernée, l'enseignement supérieur et notamment l'enseignement des professions libérales dans la province de Québec, ce qu'elle n'avait aucunement le droit de faire d'après la loi et sa charte, la dite Université Laval s'est constamment opposée injustement et par tous les moyens possibles à la fondation de toute université catholique en la cité de Montréal et même à ce que les institutions existantes fussent revêtues de pouvoirs nécessaires pour établir des chaires de droit et de médecine et pour conférer les grades et honneurs universitaires, et que notamment elle s'est opposée ainsi à ce que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal fut revêtue de tels pouvoirs et reçut de concert avec d'autres institutions habiles à former une université catholique les droits, pouvoirs et priviléges nécessaires à la fondation d'une université ;

Que nonobstant les dits avantages, pouvoirs et priviléges exclusifs d'université catholique qu'elle possédait et qu'elle a réussi à posséder seule jusqu'à ce jour, la dite Université Laval n'a réussi à attirer chez elle qu'une très petite proportion des étudiants catholiques de la province de Québec ; que notamment la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, grâce à sa haute réputation et à l'enseignement supérieur qu'elle a continué de donner, a continué à recevoir le patronage et l'encouragement du public, tellement que plus de la moitié des étudiants en médecine appartenant au culte catholique et parlant la langue française dans la province de Québec ont continué à suivre les cours de la dite école et à peine un cinquième des étudiants en médecine ont suivi les cours de médecine de l'Université Laval, le reste des étudiants catholiques, notamment les étudiants en droit ayant continué à suivre les cours d'une université protestante ;

Que d'un autre côté, la cité de Montréal où est située la dite école de médecine et de chirurgie est de beaucoup la plus considérable des villes de la province de Québec et même

de tout le Canada et est le centre de la partie la plus riche et la plus populeuse, en sorte que les étudiants sont amenés naturellement à venir y étudier leurs professions, ce à quoi ils sont aussi induits par leurs relations d'affaires et de famille, leurs intérêts matériels, en sorte que au moins les deux tiers de tous les étudiants catholiques de la province de Québec et même de tout le Canada, y viennent naturellement pour étudier de préférence à toute partie du pays;

Que en l'année mil huit cent soixante et dix-huit, la dite Université Laval ne voulant plus subir la compétition victorieuse que lui faisait la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, entreprit illégalement, malicieusement et frauduleusement de se débarrasser de la dite école rivale en la faisant disparaître; que dans ce but elle établit illégalement une succursale de l'Université Laval à Montréal, y fonda illégalement une faculté de médecine et de chirurgie, et, agissant par son Recteur, elle induisit les professeurs de la dite école, savoir les membres composant la corporation de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal à accepter le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal et de former le personnel de la dite Faculté de Médecine, ce à quoi ils consentirent, ne connaissant pas alors l'illégalité de l'établissement de la dite succursale et ne suspectant pas la bonne foi et les intentions de l'Université Laval, puis elle fit tous les efforts possibles, par promesses, séductions et fauses représentations, pour engager les dits membres de la dite école de médecine, à renoncer à leur qualité de membres de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, à renoncer à l'existence corporative de la dite école et à annihiler, détruire et faire disparaître cette dernière de manière à se débarrasser complétement de toute compétition de la dite école, la dite Université Laval se proposant, ainsi qu'il sera prouvé en temps opportun, après qu'elle se serait ainsi débarrassée de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, d'abolir la dite faculté de médecine à Montréal ou du moins de la tenir dans un état de dépendance et d'infériorité telles que sa

concurrence ne fut plus à redouter par la faculté de médecine de la dite Université Laval;

Que les professeurs de la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal ou du moins la presque totalité d'entre eux ne consentant plus à l'abolition de la dite école ni à l'abandon de leur charte, l'Université Laval leur intima sur des prétextes futiles et pour des motifs injustes et des raisons sans fondement valables et ce par l'entremise de son Recteur, par lettre en date du six juin mil huit cent soixante et dix-neuf, qu'ils n'étaient plus professeurs de l'Université Laval et elle les démit injustement, arbitrairement et sans cause suffisante des charges qu'elle leur avait confiées de professeurs de médecine et de chirurgie de l'Université Laval à Montréal;

Que bien que l'Université Laval n'eut eu aucun droit de leur conférer ce titre, n'ayant pas le droit d'établir de faculté de médecine à Montréal, les dits professeurs de médecine et de chirurgie de Montréal avaient accepté ce titre dans une pensée de paix et de conciliation, et leur démission, pour les motifs allégués, était un acte injuste, arbitraire, et accompli dans le but, de la part de l'Université Laval, de réaliser son plan, préconçu depuis longtemps, savoir, l'établissement d'une faculté de médecine à Montréal en compétition illégale et injuste avec la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et dans le but de la ruiner, à défaut de réussir à faire consentir ses membres à abolir eux-mêmes leur dite école;

Que, effectivement durant le cours de l'été de mil huit cent soixante et dix-neuf, la dite Université Laval fonda et établit en la dite cité de Montréal injustement, illégalement, contrairement aux dispositions de sa charte royale et en contravention à la loi de ce pays, diverses facultés et chaires d'enseignement et entr'autres une faculté de Droit et une faculté de médecine et de chirurgie et nomma injustement et illégalement des professeurs pour remplir les dites chaires, qui prirent respectivement le titre illégal de professeurs de Droit et de Médecine de l'Université Laval à Montréal, lesquels professeurs donnent des cours de Droit et de Médecine à Montréal au nom de la dite Université Laval;

Que notamment la dite faculté de médecine ouvrit des cours de médecine et de chirurgie en la dite cité de Montréal et donna injustement, illégalement et sans droit aucun, mais en violation expresse de sa charte et de la loi les dits cours de médecine, sans interruption, de l'automne de mil huit cent soixante-et-dix-neuf jusqu'au printemps de mil huit cent quatre-vingt, inclusivement, et de l'automne de mil huit cent quatre-vingt jusqu'à aujourd'hui ;

Que de plus la dite Université-Laval délivra, chaque année, des certificats des cours suivis et des Diplômes aux élèves ayant suivi ses dits cours à Montréal ;

Que l'établissement des dites chaires de médecine et de chirurgie par l'Université-Laval à Montréal, l'enseignement donné dans les dites chaires et la délivrance des dits certificats et diplômes ont été effectués dans le but avoué de faire une compétition injuste, déloyale et ruineuse à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal ;

Que de fait, l'établissement illégal des dites chaires et l'enseignement illégal donné en icelles ont porté un préjudice considérable à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, lui ont fait une compétition injuste et l'ont privé de gains et bénéfices considérables, savoir : de tous les bénéfices que la dite Ecole eut retiré des élèves qui ont suivi les cours de médecine et de chirurgie des dites chaires établies à Montréal, par l'Université-Laval, lesquels élèves, sans cet établissement illégal, eussent tous ou presque tous suivi les cours de la dite Ecole et lui eussent payé l'honoraire établi par ses règlements, savoir : environ deux cent quarante-quatre piastres ($244.00) par tête ;

Que la dite Université-Laval a fait ainsi perdre à la dite Ecole au moins neuf mille sept cents piastres durant les dites deux années ;

Qu'en établissant ainsi en la dite cité de Montréal injustement et illégalement des chaires de Droit, de Médecine et de Chirurgie, en nommant des professeurs aux dites chaires, en enseignant les dites sciences du Droit et de la Médecine

dans les dites chaires et en délivrant des certificats et diplômes aux élèves ayant suivi ses dits cours à Montréal, la dite Université-Laval a, sciemment, de propos délibéré, violé la loi de ce pays, notamment la loi concernant les corporations; que de plus elle a agi en violation expresse de sa dite Charte Royale et en agissant ainsi, elle a injustement et illégalement assumé des pouvoirs et fonctions et exercé et prétendu exercer des franchises, priviléges et prérogatives ne lui appartenant pas, et qu'ils ne lui sont conférées ni par la loi ni par sa dite charte d'incorporation ;

Que cet empiètement et l'exercice de ces pouvoirs et prérogatives usurpés, a occasionné à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, des dépenses et déboursés très-considérables pour défendre ses droits et ses avantages naturels et la position qu'elle s'est faite comme dit ci-dessus ;

Qu'en effet, la dite Université-Laval a, par l'entremise de ses dignitaires ou fonctionnaires duement autorisés, mis en œuvres toutes sortes de manœuvres, d'artifices et d'intrigues injustes et vexatoires et fait des efforts considérables pour ruiner la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et même la faire disparaître complètement, et à défaut de cela, pour la priver et dépouiller illégalement d'une partie de ses avantages, lui faire une compétition ruineuse et la supplanter dans l'estime des habitants de cette province et surtout de la région de Montréal ;

Qu'en agissant ainsi, la dite Université-Laval a porté un préjudice grave et causé de grands dommages à la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dommages qui s'élèvent à la somme d'au moins vingt-cinq mille piastres courant ($25,000) ;

Qu'en agissant ainsi, la dite Université Laval a porté atteinte aux droits et aux intérêts du public en général pour entr'autres raisons les suivantes :

1o Parce qu'il n'a jamais été conféré à l'Université Laval aucun droit, pouvoir, autorité ni privilége d'établir des chairs d'enseignement du Droit et de la Médecine en dehors de la

cité de Québec et notamment en la cité de Montréal ni d'y enseigner le Droit, la Médecine et la Chirurgie, et que tels droits ne lui appartiennent ni d'après la loi ni d'après sa charte ;

2° Parce que l'usurpation et l'exercice illégal de tels priviléges et prérogatives est la négation complète et absolue du droit exclusif qu'a l'autorité souveraine de concéder et octroyer les priviléges, droits et prérogatives universitaires ; une seule université pouvant, si un tel droit était reconnu, établir des facultés et chaires dans toutes les villes et dans tous les bourgs du pays et cela même contre la volonté de l'autorité souveraine ;

3° Parce que ni la loi ni la charte de la dite Université Laval ne permettent à la dite université d'établir des succursales en dehors de la cité de Québec ;

4° Parce que c'est une matière de Droit public, aussi bien que d'ordre public et d'intérêt public que l'établissement de cours universitaires ne soient établis, en un lieu quelconque, que par l'autorité souveraine ;

5° Parce que le droit d'établir de telles facultés, de telles chaires ou cours universitaires de Droit et de Médecine, de même que le droit de conférer des dégrés et titres universitaires sont matières de prérogatives royales réservées à l'autorité souveraine ;

6° Parce que, en établissant ainsi illégalement et injustement une succursale en la dite cité de Montréal et par son injuste opposition la dite Université Laval empêche l'établissement d'une université catholique à Montréal et prive par là des milliers de jeunes gens de l'enseignement supérieur auquel ils ont droit et toute la population de Montréal, savoir, la plus populeuse et la plus riche portion de toute la province de Québec, des avantages considérables qui résulteraient pour eux de la fondation d'une université catholique à Montréal, et cela sans aucun bénéfice pour elle-même, car c'est un fait notoire que la grande majorité de la population catholique de toute la région de Montaéal ne veut pas de

l'enseignement de la dite Université Laval et est bien déterminée à ne jamais l'accepter ;

Que dans l'espèce actuelle, il est d'un haut intérêt public que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui est une institution publique ayant déjà rendu de grands services à la société, soit protégée contre les manœuvres employées par la dite Université Laval pour la ruiner et la faire disparaître, non-seulement d'une manière suffisante pour lui conserver l'existence, mais même afin d'assurer sa prospérité et de lui conserver toute son efficacité ; qu'il est aussi de l'intérêt public que les corporations publiques duement autorisées par la loi et agissant dans la stricte observance et le respect de la loi, ainsi que dans les limites de leurs pouvoirs, soient duement et efficacement protégées contre toute agression et toute compétition injuste et illégale ; que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, étant une corporation, a droit à une telle protection ;

Qu'à plusieurs reprises et notamment par protêt en date du quatre octobre mil huit cent quatre-vingt, copie duquel est produite comme partie des présentes, la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a, par le ministère de J. A. D. Lesage, notaire, protesté contre l'établissement de la dite succursale des dits défendeurs à Montréal, et contre l'établissement de toute faculté et de tout cours de médecine et de chirurgie fait par eux à Montréal ainsi que contre tout enseignement donné par et au moyen des dits cours et facultés et succursales, sommant les défendeurs de les abolir et discontinuer, leur défendant de donner le dit enseignement, ainsi qu'il appert au dit protêt ;

Que par un antre protêt en date du vingt-trois de mars mil huit cent quatre-vingt-un, copie duquel est produite comme partie des présentes, la dite école a, par le ministère du même notaire renouvelé les dites protestations, défenses et sommations et a protesté contre l'octroi des diplômes et certificats octroyés par les défendeurs à Montréal ;

Que les titulaires des dites chaires ainsi établies illégale-

ment à Monttéal par la dite Université Laval n'ont aucun droit de prendre le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal ;

Que les élèves ayant suivi les cours irréguliers et illégaux donnés comme dit ci-dessus, par la dite Université Laval à Montréal, n'ont aucun droit à aucun diplôme ou certificat d'étude que pourrait leur conférer ou leur délivrer la dite Université Laval, et que les dits diplômes et les dits certificats sont nuls et de nul effet ;

Que les dits diplômes et les dits certificats ne peuvent nullement être reçus par le Collège des Médecins et Chirurgiens comme preuve que les dits élèves ont accompli les exigences de la loi et que tels certificats ne peuvent nullement autoriser ni justifier l'admission à la pratique de la médecine et de la chirurgie ;

Que la présente poursuite a été sollicitée, auprès de l'Honorable Procureur-Général, par l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, corps politique duement incorporé et par le Docteur Thomas E. d'odet d'Orsonnens, docteur en médecine, et J. Emerie Coderre aussi docteur en médecine, tous deux de la cité et du district de Montréal ;

Que E. H. Trudel, docteur en médecine, du dit lieu de Montréal, s'est porté caution jusqu'à concurrence de la somme de cinq cents piastres courant, des frais de la présente poursuite, le dit cautionnement étant déclaré suffisant pour indemniser le gouvernement des dits frais et étant accepté comme tel par le requérant;

Qu'en même temps l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a offert de déposer à la dite satisfaction du dit Procureur-Général, dans une banque, la somme qu'il indiquerait comme suffisante pour garantir les dits frais;

Que le dit cautionnement du dit E. H. Trudel a été donné et accepté par le requérant et que c'est sur le dit cautionnement que votre requérant a autorisé la présente poursuite, laquelle autorisation a été donnée à Québec, le douze avril courant ainsi qu'il appert à icelle produite comme partie des présentes.

A ces causes et vu les affidavits produits à l'appui des présentes et vu le dit cautionnement et le dit offre de dépôt, votre requérant, agissant aux présentes, pour et au nom de Sa Majesté prie vos Honneurs qu'il leur plaise d'ordonner l'émanation d'un bref commandant aux dits défendeurs, savoir : " l'Université Laval, savoir la dite Corporation, le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec, dans la province du Canada" de comparaître devant cette honorable cour ou tout juge de la dite cour, en vacance, à tel jour et sous tel délai qu'il plaira à la dite cour ou au dit juge, fixer, pour répondre aux allégations de la présente requête ou information libellée et de démontrer, justifier et établir en vertu de quel droit, prérogative ou autorité elle a établi une succursale et des facultés universitaires de droit, de médecine et de chirurgie en la cité de Montréal, y a créé et y maintient des chaires de droit, de médecine et de chirurgie, y a nommé des professeurs aux dites chaires, y a donné et y donne des cours de droit, de médecine et de chirurgie, et confère des diplômes, certificats, degrés et titres universitaires, et que à défaut par elle de ce faire, il soit par jugement à intervenir sur la dite requête ou information libellée, adjugé et déclaré que pour ces causes, par les actes et en raison des infractions et violations de la loi ci-dessus alléguées, l'Université Laval, savoir, les dits " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) ont illégalement et sans droit exercé des pouvoirs, priviléges, franchises et prérogatives qui ne lui étaient pas conférés par la loi et dont l'exercice ne leur était pas permis, ni n'était autorisé par la loi, non plus que par la dite Charte Royale ; que par les dits actes, pour les dites causes et en raison des dites infractions et violations de la loi, la dite Université Laval savoir " le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) ont violé leur charte, agi en contravention à la loi, ont excédé leurs pouvoirs, capacité, franchises et outrepassé la jurisdiction à eux conférée, que la dite Université Laval, savoir " le Recteur et les mem-

bres de l'Université Laval, à Québec (ci-devant dans la province du Canada) soient assignés à comparaître devant cette cour pour voir, dire, déclarer et adjuger qu'ils n'ont aucun droit quelconque à l'établissement et au maintien d'une succursale de l'Université Laval à Montreal et que l'établissement de facultés et de chaires de droit et de médecine en la dite cité de Montréal, et leur maintien sont en violation de la loi et de leur Charte Royale ; qu'il émane un ordre de cette honorable cour ou de tout juge d'icelle, à la dite Université Laval, savoir " le Recteur et les membres de l'Université Laval, à Québec (ci-devant dans la province du Canada) d'abolir incontinent toute faculté et toute chaire de droit et de médecine de l'Université Laval à Montréal, de discontinuer tout enseignement et tout cours de droit et de médecine et de chirurgie à Montréal, de cesser de donner tout diplôme ou certificat quelconque d'étude de droit ou de médecine et de chirurgie à tout élève, le dit ordre enjoignant en outre aux dits professeurs nommés par la dite Université Laval à Montréal, de discontinuer tout enseignement et de cesser de prendre ou porter le titre de professeurs de l'Université Laval à Montréal.

Concluant en outre, votre requérant que par jugement à intervenir sur sa dite requête, qu'il soit adjugé et déclaré que tout diplôme et certificat d'étude de Droit et de médecine octroyés par les dits professeurs de l'Université Laval à Montréal, sont nuls et de nul effet et ne pouvant aucunement répondre aux exigences de la loi pour permettre aux porteurs d'iceux de se présenter devant le Collége des Médecins et Chirurgiens de cette province et de recevoir d'eux des licenses leur permettant de pratiquer la médecine et la chirurgie.

Enfin que les dits " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec (ci-devant dans la province du Canada) " soient assignés pour se voir condamner aux dépens des présentes dont les soussignés demandent distraction en leur faveur.

Votre Requérant prenant les dites conclusions sans préju-

dice à tout droit d'action en dommages ou autre action que la dite Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montreal aurait ou jugerait à propos d'exercer contre la dite Université Laval, et réservant expressément tout tel droit d'action.

Montréal, 14 avril 1881.

TRUDEL, CHARBONNEAU & TRUDEL,
Avocats du Requérant.

Du traitement de la diarrhée infantile cholériforme.

Par M. le docteur LUTON.

M. le docteur Luton (de Reims) propose la médication suivante pour la diarrhée infantile cholériforme :

L'enfant est d'abord soumis à une diète absolue. On supprime rigoureusement ce qui a pu, à titre de mauvais régime, provoquer l'explosion des accidents. Dans ces circonstances, tout est nuisible et se retourne contre l'intéressé : lait de médiocre qualité, bouillies de farine ou de fécule plus ou moins sucrées, aliments de facile acescence et susceptibles de transformations en substances âcres et irritantes, et pris à l'aide de biberons compliqués, réceptacles de ferments tout prêts à agir.

On donne alors pour unique boisson ou aliment de l'eau pure et froide, et cela à discrétion, avec un biberon parfaitement nettoyé ou avec un simple verre à boire. Or, il n'est pas d'enfant, si jeune qu'on le suppose, qui ne se jette avec avidité sur ce liquide, que son instinct lui révèle comme une chance de salut : il boit, sans pouvoir se désaltérer en quelque sorte, et jusqu'à indigestion. Cependant les vomissements s'arrêtent dès le premier abord, et bientôt après la diarrhée elle-même, à partir du moment précis où les matières peccantes ont été évacuées. L'enfant ne se lasse pas de sa boisson, qui le calme et le rafraîchit, sans ajouter de nouveaux éléments d'irritation et de combustion intime.

En résumé, voici le traitement proposé par M. le profeseur Luton :

1o Supprimer toute alimentation, cause immédiate probable du mal, conduisant d'ailleurs à l'inanitiation des ferments morbides ;

2o Donner à discrétion de l'eau pure et froide (diète hydrique), pour tonifier l'intestin et hydrater le sang ;

3o Revenir progressivement à un régime plus rationnel, en maintenant pendant quelque temps encore la suppression des matières sucrées et l'action tonique du froid.

L'emploi des moyens accessoires n'importe pas ici. (*Bulletin général de Thérapeutique*, du 28 février, 1881.)

Ablation d'un cancer de l'estomac. Succès opératoire.

PAR BILLROTH.

Une femme de quarante ans présentait les symptômes d'un cancer du pylore depuis le mois d'octobre 1880. L'alimentation étant impossible et l'épuisement faisant des progrès, Bilroth, avec le consentement de la malade, résolut d'opérer. On sentait à la partie supérieure de l'estomac, et un peu à droite, une tumeur grosse comme une pomme de moyen volume.

Incision transversale des téguments, d'environ 8 centimètres de largeur. La tumeur fut difficile à libérer à cause de ses dimensions ; c'était un cancer en partie composé de nodules, en partie infiltré, recouvrant le pylore et plus d'un tiers de la partie inférieure de l'estomac. Billroth sépara la tumeur de ses adhérences à l'épiploon et au côlon transverse, liant les vaisseaux avant de les sectionner. Perte de sang minime.

La paroi stomacale fut incisée à 1 centimètre en dehors du mal, d'abord en arrière, puis du côté du duodénum. Six sutures furent passées à travers les lèvres de la plaie, mais

seulement pour les maintenir en place. Une seconde incision oblique fut faite de haut en bas et de dedans en dehors, toujours à 1 centimètre des limites du mal ; la portion stomacale de la tumeur était ainsi libérée ; cette plaie fut fermée de bas en haut, laissant seulement une ouverture pour y introduire le duodénum par une incision faite toujours à un centimètre de la partie infiltrée. Le duodénum fut alors introduit dans l'ouvertnre laissée à la plaie de l'estomac et le tout fixé et consolidé au moyen de cinquante sutures faites avec de la soie phéniquée. La plaie fut lavée avec une solution d'acide phénique; le viscère remis dans l'abdomen, la plaie abdominale suturée et pansée.

L'opération avait duré une heure et demie, on avait enlevé un ganglion mésentérique hypertrophié. Ni faiblesse, ni vomissement, ni douleur après l'opération. Durant les vingt-quatre premières heures, la malade ne prit que de la glace par la bouche et des lavements nutritifs avec du vin, et le lendemain une cuillerée à bouche de lait toutes les demi-heures.

La malade, femme très intelligente, se sentait très bien, et dormit la plus grande partie de la nuit à l'aide d'une petite injection de morphine.

La partie excisée avait environ 14 centimètres en longueur, suivant la grande courbure de l'estomac. On ne pouvait faire passer par le pylore qu'une plume, et encore avec difficulté. La forme de l'estomac n'était pas sensiblement altérée, mais les dimensions étaient réduites.

Sept jours après l'opération les sutures avaient été enlevées, la plaie était cicatrisée sans réaction, l'état général de la malade était bon ; elle prenait du pain, des œufs, du café, du thé et du chocolat. (*Bulletin général de Thérapeutique*, du 28 février, 1881).

Des lavements alimentaires de sang de bœuf desséché.

Le docteur Egan Pulaski a fait un travail sur ce sujet. Il montre d'abord qu'il est un fait reconnu qu'on ne peut indifféremment injecter dans le gros intestin toutes espèces d'aliments. Le rectum ne peut digérer les substances qui ont besoin, pour être absorbées, du travail stomacal ou intestinal Le lait, l'extrait de viande et tous les autres aliments doivent être soumis à l'action du suc gastrique, du suc pancréatique et de la bile pour pouvoir servir utilement à la nutrition. Ce qui est vrai pour ces substances ne l'est plus pour le sang, qui est toujours apte à être absorbé par les chylifères, et c'est ce qui a donné l'idée à plusieurs médecins américains de faire des injections de sang dans le rectum dans les cas si nombreux où l'alimentation par les premières voies est impossible. L'analyse des extraits de viande de Liebig, de Montevideo et autres leur a démontré que ces substances ne sont plus des agents nutritifs, mais des stimulants nerveux, tels que le café, le thé et les alcools ; la chaleur a rendu le jus de viande impropre à la déjection rectale.

Le sang, au contraire, paraît réunir toutes les qualités nécessaires à cette digestion ; il faut qu'il soit préparé comme pour la transfusion ; il faut qu'il soit défibriné : si on pouvait toujours se procurer du sang frais, la préparation en resterait là ; mais ce n'est pas le cas, et il appartient donc au pharmacien de nous livrer un produit assimilable.

L'opinion du docteur Stewart est que le sang entre dans le système circulatoire sans grands changements chimiques, les expériences du docteur Smith ont prouvé que les malades s'en trouvaient fort bien.

Les animaux dont on prendra le sang doivent être sains ; une bête surchauffée ou fatiguée par une longue marche devra être écartée, l'animal sera saigné jusqu'à ce qu'il meure ; le sang obtenu, il faut ne pas le laisser exposé à l'air ou à une chaleur trop forte ; l'albumine a coagulé à 160 degrés F. ; on ne dépassera pas 10 degrés F. en desséchant

le sang, et cette préparation sera faite avec le plus de rapidité possible, sans agiter le liquide. Le sang desséché dans ces conditions est complétement soluble dans l'eau à toutes températures au-dessous de 160 degrés F. et contient tous les éléments du sang, sauf l'eau et les pilures. L'absence de ce dernier élément ne paraît pas entraver ses propriétés nutritives. Une drachme de ce sang sec représente une once de sang fluide de bonne qualité.

Les conclusions auxquelles, après un mûr examen, est arrivé l'auteur sont absolument favorables à cette alimentation ; il mentionne quelques cas de constipation survenue au bout du troisième jour ou du quatrième jour, constipation qui n'est guère persistante cependant ; enfin le procédé n'offre aucun danger pour le malade et ne peut que le fortifier et le nourrir jusqu'à ce que l'estomac ait pu reprendre ses fonctions. (*The Therapeutic Gazette*, sept. 1880 et *Journal de Thérap.*, 10 nov. 1880, p. 832.)

Des hernies périnéales,

Du Dr WOLFF, Strasbourg. Fischbach, 1880.

Il n'existe guère qu'une vingtaine de cas d'observations de hernies périnéales, épars dans la littérature médicale de toutes les nations. C'est ce qui rend intéressant le cas observé par le Dr Wolff et très bien décrit par lui. Il s'agit d'une femme de 36 ans, bien réglée, qui a eu 4 enfants.

En 1877, cette femme, les jambes écartées, aidait son mari à charger une voiture de foin ; quelques jours après elle remarqua une petite tumeur près de la fesse gauche, un peu au-dessus de la ligne médiane ; elle grandit peu à peu et le médecin ordonna des pommades et même un onguent un peu caustique. Cependant la tumeur grandit toujours sans porter préjudice à la santé.

Enfin elle se décida à venir à l'hôpital de Strasbourg où le Dr Wolff la vit. La tumeur, dans la station debout, descend

jusqu'au milieu de la cuisse ; elle a 26 centimètres de long, 34 centimètres de diamètre à sa racine, 45 centimètres à son extrémité. Cette tumeur, qui est élastique, se laisse parfaitement refouler et disparaît alors dans le bassin avec ou sans gargouillement ; on peut introduire 4 doigts dans le passage, dont l'ouverture, de 8 à 9 centimètres de long, est parallèle à la ligne médiane, mais distante d'elle de 2 centimètres entre le tubercule ischiatique d'un côté, et l'anus et le vagin de l'autre.

Le toucher ne donne aucune anomalie de l'utérus, les règles sont normales ; la vessie n'est pas déviée.

On donne à la malade un bandage en cuir ; mais un an après la hernie avait doublé ; elle pend jusqu'au genou, et a une longueur de 59 centimètres à l'extrémité et un diamètre de 71 centimètres.

Après avoir cité les quelques cas de hernies périnéales relatés dans la science, dont l'un, emprunté à Scarpa, se termina par la mort du malade, le Dr Wolff établit la statistique suivante : sur 22 malades, 11 étaient des femmes, 8 des hommes ; dans trois cas on n'a pas indiqué le sexe du malade. Sur les 10 hernies où l'on a cité le côté affecté, nous trouvons 6 hernies droites et 4 gauches ; 18 fois sur 22 ce sont les intestins qui remplissaient la hernie, 4 fois c'était la vessie. Puis il examine l'anatomie, l'étiologie et le diagnostic de la hernie périnéale.

Quant à la thérapeutique, elle n'est impuissante en tant que préventive ; une fois la hernie établie il faut la contenir au moyen d'appareils appropriés ; si la hernie est postérieure le taxis suffira ; si elle est antérieure, il faut coucher le malade sur un lit, les jambes posées à terre et la bouche ouverte : la main gauche saisira le fond de la hernie et la droite essayera de refouler l'intestin dans la cavité du bassin.

Si la hernie est ancienne, si elle est étranglée, la seule ressource sera l'opération. Sabatier la croit très difficile ; Scarpa, au contraire, la dit facile. La vérité, suivant le Dr Wolff, est entre ces deux opinions. — (*Journal de Thérapeutique*) No 35 janvier 1881.

CLINIQUE INFANTILE

Du SPINA VENTOSA.

Leçon professée à l'hospice des Enfants assistés, par M. PARROT ; recueillie par M. le docteur HIPPOLYT MARTIN, et revue par le professeur.

I

Messieurs,

Il y avait le mois dernier, dans les salles de la clinique, un jeune enfant atteint de SPINA VENTOSA que je vous ai montré à diverses reprises. Après vous avoir rappelé son observation et vous avoir fait connaître celle de trois autres pensionnaires de cet hospice, atteints de la même affection, je me propose de vous entretenir de cette affection, que l'on a étudiée depuis longtemps, mais dont l'histoire présente encore plus d'un point obscur.

OBS. 1. — Albert M., né le 5 septembre 1878, est admis à l'infirmerie le 21 novembre 1879. Il est d'assez belle apparence et gras. L'index de la main droite, très déformé et fusiforme, est tuméfié, surtout au niveau de la seconde phalange, où il a 22mm d'avant en arrière, et 21 transversalement La peau y est d'un rouge violacé, épaissie, comme élastique, et latéralement ulcérée en deux points, par où l'on peut avec un stylet pénétrer dans la profondeur de la partie malade.

A la partie interne des deux premières phalanges du médius de la même main, on voit une petite tumeur cutanée de 8mm de diamètre, un peu rosée et croûteuse à son centre. A la main gauche il y a des lésions semblables aux précédentes. La première phalange de l'index a 21mm de diamètre. Les articulations sont libres. Le pouce, dans sa région palmaire, est tuméfié. Il a, d'avant en arrière 28mm, tandis que le droit n'en a que 47. — Sur le dos de la main, en dehors, existe une tumeur très intimement unie à la peau. Elle a 25mm de diamètre, et sa consistance est celle d'un lipôme. On en trouve d'autres, sur la jambe droite et la main droite. Au-dessus de l'articulation du genou et sur quelques autres points, on voit des cicatrices violacées avec induration profonde.

La joue droite, au-dessus de la paupière, la plante du pied droit et la partie interne du pied gauche, présentent de petites tumeurs analogues à celles du médius droit.

L'enfant est mis à l'usage d'une mixture iodée.

Le 8 décembre on constate à la base du poumon droit du souffle avec retentissement du cri. T. 40°, 2.

Le 9, la voix est éteinte. T. 39°, 6.

Le 10, éruption morbilleuse. T. 40°.

Le 12, érosions sur les amygdales. Les doigts malades sont notablement moins volumineux. T. 39°, 8.

La mort a lieu à 4 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite complétement ; les mains seules ont été examinées.

Après avoir incisé la tumeur du dos de la main perpendiculairement à sa surface, on voit, au-dessous de la peau saine, une sorte de poche de couleur saumon clair, beaucoup plus épaisse dans sa région cutanée, où elle á plus de 1mm d'épaisseur que dans la profondeur où elle semble se confondre avec, le tissu conjonctif voisin. Elle enveloppe une masse caséeuse jaune-serin pâle, de consistance crémeuse.

La comparaison de la première phalange du pouce gauche qui est malade, avec celle au côté droit qui est saine ; donne les chiffres susvants :

	Gauche :	Droite :
Longueur	24mm	22mm.
Diamètre transverse	10mm,05	6mm,02.
Diamètre antéro-postérieur	10mm,05	05mm.

Le tissu spongieux de la première phalange de l'index gauche n'est sain que dans une très petite étendue, au voisinage de l'extrémité supérieure. Dans les autres points, on y voit une substance caséeuse jaune-serin. Quant au tissu compacte, il se décompose en deux couches l'une interne a 1,6mm d'épaisseur et paraît saine ; l'autre, périphérique et manifestement constituée par un ostéophyte rosé a sur quelques points un millimètre et demi d'épaisseur, et près de l'extrémité inférieure est percée d'un orifice par lequel s'échappe la matière caséeuse ramollie.

La deuxième phalange de l'indicateur droit est presque réduite à un gros séquestre, qu'entoure un périoste très altéré.

Obs. II. — Catherine R..., âgée d'un an, vient de perdre sa mère. Elle est admise à l'infirmerie le 26 mai 1878. Sa peau est décolorée ; l'abdomen, au voisinage du pubis, sur les fesses et à la partie supérieure des cuisses, en dedans et en arrière, on voit de nombreuses cicatrices légèrement déprimées en cupule, à centre blanc un peu moiré et à périphérie brunâtre ou violacée, stigmates incontestables d'une manifestation cutanée de la syphylis héréditaire, aussi bien que la pagiocéphalie droite et les ostéophytes qui existent sur le frontal et le périétal gauches.

Dans les deux poumons, en arrière, on perçoit un souffle intense aux deux temps de la respiration. T. R. 37°, 8.

28. mai. — La pâleur est extrème et les lèvres sont violacées ; le souffle tubaire est intense ; les régions où on le perçoit sont mates. T. R. 8°.

30 mai. — Le souffle est beaucoup plus étendu à gauche qu'à droite. En arrière et aux bases il y a du frottement pleural. T. 40°.

La mort a lieu à 5 heure du soir.

L'autopsie est faite le 1er juin.

A la partie interne de l'hémisphère cérébral droit, au niveau du lobe carré, on trouve un tubercule d'un centimètre de diamètre. Un autre plus petit s'est développé dans le lobule orbitaire. Un troisième occupe la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante gauche, son contour est complétement entouré par la substance grise qui ne parait pas sensiblement altérée.

D'anciennes adhérences unissent sur quelques points le poumon droit à la plèvre costale.

Il y a en outre de la pleurésie récente et des noyaux de bronchopneumonie. A la base du lobe inférieur est une caverne d'un centimètre de diamètre, circonscrite par un tissu scléreux. Quelques granulations tuberculeuses sont disséminées dans le lobe moyen et la partie antérieure du lobe

supérieur. Le tissu qui les entoure est emphysémateux. Les mêmes lésions existent à gauche, mais dans des proportions différentes : la broncho-pneumonie affecte le lobe chyme, on voit du pus s'échapper des orifices bronchiques. Dans le lobe supérieur, il y a des amas de granulations tuberculeuses. — A droite, les ganglions bronchiques sont très malades et très tuméfiés. Leur tissu est caséeux et jaune, ou bien violacé, avec des taches grisâtres. A la bifurcation de la trachée se trouve une masse ganglionnaire de 3 centimètres de haut sur 15 millimètres de large.

Le foie, la rate et les ganglions mésentériques, sont parsemés de granulations tuberculeuses Le cubitus gauche présente une lésion mise en évidence par une coupe longitudinale et antéro-postérieure. Sa moitié supérieure, tuméfiée et comme boursoufflée, est entourée d'une couche ostéophytique qui a 5 millimètres d'épaisseur en avant et 3 en arrière, et dont les trabécules sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse. Au centre du tissu spongieux, non loin du cartilage, est une masse caséeuse jaunâtre circonscrite par une zone de tissu gélatiniforme.

Voici en regard les unes des autres les dimensions des deux cubitus :

	Cubitus droit sain,	Cubitus gauche altéré.
Longueur........................	96	97
Diamètre antéro-postérieur, immédiatement au-dessous de l'apophyse coronoïde........................	13	17
Diamètre transverse, au même point..................	10	15

Le péroné droit, un peu au-dessous de sa région moyenne, présente une flexion à concavité externe et un ostéophyte dont l'épaisseur est de 3 millimètres.

Les côtes au lieu d'élection et les os longs des membres sont atteints de l'altération chondro-fongoïde, caractéristique du rachitis.

Obs. III. (1).—Auguste P..., âgé de 1 an, entre le 1er juillet 1873 à l'infirmerie de l'hospice des Enfants Assistés. Il est d'apparence chétive et ses téguments sont décolorés.

Sur la joue gauche il y a une cicatrice de la largeur d'une pièce d'un franc, violacée, sillonnée de lignes blanches et présentant plusieurs petits pertuis, d'où s'échappe une matière séro-purulente.

A la face dorsale de la main droite, on constate au niveau du deuxième métacarpien une petite tumeur arrondie, saillante, violacée à sa base, ulcérée à son sommet et recouverte d'une croûte. La première phalange du médius est notablement tuméfiée ; les deux autres ont leur apparence normale ; l'articulation métacarpo-phalangienne paraît saine. A la partie externe de la phalange malade se trouve un orifice fistuleux avec des végétations fongueuses.

A un centimètre de l'articulation du coude, la face interne du cubitus est tuméfiée et semble adhérer à la peau.

A la région dorsale du pied, à un 1 cent 1[2 des troisième et quatrième articulations métacarpo-phalangiennes, existent de larges orifices fistuleux. En y introduisant un stylet, on constate que les os sont altérés.

La mort a eu lieu le 15 juillet, à deux heures du matin, après des convulsions qui ont duré plusieurs heures.

L'autopsie a été faite neuf heures après la mort.

Les deux poumons et l'intestin sont atteints de tuberculisation et la muqueuse intestinale est profondément altérée. Les ganglions du cou sont caséeux.

Le cubitus gauche, au niveau de son tiers moyen, présente sur une hauteur de 3 centimètres une tuméfaction fusiforme, à surface rugueuse et de teinte rosée. Le périoste qui la couvre est épaissi ; après l'avoir enlevé, on voit un grand nombre de pertuis ; le plus large est circulaire et a 4 millimètres de diamètre.

(1) Je ne donne ici que le résumé de cette observation, qui a été publiée dans les Bulletins de la Soc. anat., 5e série, t. XVIII et dans la thèse de M. Goetz, Paris, 1877.

Une coupe faite suivant le grand axe de la diaphyse montre qu'elle est très amincie dans les points qui correspondent à la lésion extérieure, et que la cavité qu'elle circonscrit contient un tissu jaunâtre ou ambré, tout à fait semblahle à celui que j'ai qualifié de gélatiniforme en étudiant les lésions osseuses de la syphilis héréditaire : çà et là il est parsemé de taches opaques et pénètre dans les orifices dont est criblée la diaphyse.

Le cabitus droit, dans sa moitié inférieure, présente, mais à un degré plus avancé, la même altération. Sur une hauteur de près de 2 centimètres environ, il a une forme olivaire, il est rouge et l'on y voit de nombreux orifices, dont l'un, situé en dedans, a 2 millimètres de diamètre et semble taillé à l'emporte-pièce. La lame diaphysaire est si mince que la plus légère pression suffit à la déprimer. — Après macération on constate aisément qu'elle n'a pas la même structure qu'au niveau des parties saines, mais qu'elle est beaucoup plus poreuse, et que ses trabécules sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse ; en un mot, qu'il s'agit là d'une production ostéophytique d'origine périostique. Ce n'est que sur la coupe que l'on peut constater ces particularités, car à la périphérie la transition est insensible entre la partie saine et celle qui est malade ; cette dernière étant un peu plus poreuse, voilà tout. En dedans, au contraire, la lésion est beaucoup plus apparente. Sur une hauteur assez considérable le côté sain a été détruit et la cavité intra-diaphysaire qui contient de la matière caséeuse au centre du tissu gélatiniforme à la périphérie, où il forme une couche très mince, est limitée par la lamelle ostéophytique.

Le deuxième métacarpien de la main droite est très épaissi. Il a 12 millimètres de diamètre, celui de l'autre côté n'en ayant que 5. Sur sa face dorsale est un large orifice qui donne accès dans une cavité à paroi rugueuse et remplie par une substance gélatiniforme. Son augmentation de volume est due à des couches osseuses de nouvelle formation.

La première phalange, beaucoup plus altérée, est divisée en deux fragments.

Le troisième métatarsien gauche présente une lésion qui rappelle celle du cubitus, mais il est beaucoup plus malade. En bas et en arrière, un orifice ovalaire donne issue à une matière ambrée. En avant et en haut, l'os est complétement détruit sur une hauteur de près d'un centimètre. A sa place, on trouve au centre un détritus caséeux et sur quelques points de la périphérie un tissu gélatiniforme.

Obs. IV, — Esther Ch., née le 17 mai 1872, est admise à l'infirmerie le 7 juillet 1873.

La peau du crâne de la région postérieure du cou et des oreilles, est excoriée, suintante et couverte de croûtes impétigineuses. Sur le dos, il y a de nombreuses pustules à base violacée et quelques cicatrices : le membre supérieur gauche est peu mobile. Au niveau du pli du coude, il a 14 centimètres de tour, tandis que le droit n'en a que 12.

Sur la face dorsale de la main, à l'extrémité antérieure du second métacarpien, qui est augmenté de volume, il y a un orifice fistuleux, avec épaissement de la peau. Le cinquième métacarpien droit est tuméfié, et dans le tégument existe une petite tumeur qui a la grosseur d'un pois et la consistance d'un kyste dont la poche serait moyennement distendue. Les ganglions axillaires gauches sont tuméfiés.

L'enfant n'a pas de dents et pèse 6 kilogr. 180 gr. ; on lui donne du sirop d'iodure de fer. Elle meurt de broncho-pneumonie le 23 juillet.

Autopsie le 24. — Au milieu de la région sphénoïdale de l'hémisphère cérébral gauche, il y a un noyau tuberculeux de 607 millimètres de diamètre.

Le sommet du poumon gauche, au centre d'un tissu scléreux, est creusé d'une caverne. Le reste du parenchyme est souple, aéré et contient de nombreuses granulations grises et des noyaux jaunes dont quelques-uns sont plâtreux : un des ganglions de la racine des bronches reproduit cette dernière altération. De nombreux tractus celluleux relient ce poumon à la plèvre pariétale. A gauche, les ganglions de l'aisselle sont plus volumineux que ceux de droite, et au centre

de l'un d'eux est une petite masse caséeuse. A la région antérieure de l'articulation du coude, les parties molles et les ligaments sont rouges. L'extrémité supérieure du radius, très mobile, a perdu ses rapports habituels avec l'humérus et le cubitus: elle se trouve dans une situation tout à la fois antérieure et externe par rapport à celle qu'elle occupe normalement. La synoviale est fongueuse et très vascularisée. Le cartilage de l'humérus a perdu son élasticité ; il a une teinte ambrée, est érodé sur un grand nombre de points, décollé sur d'autres et tout à fait usé au niveau de la trochlée.

La surface articulaire du cubitus est très anormalement détendue. L'olécrâne seul est couvert d'une couche de cartilage altéré comme celui de l'humérus. La partie voisine de la diaphyse, sur une hauteur de 3 centimètres en arrière et de 15 millimètres en avant, est rouge, rugueuse et couverte de trous, d'autant plus larges qu'ils sont plus rapprochés de l'olécrâne.

Une coupe antéro-postérieure faite suivant le grand axe de l'os montre qu'il est très altéré dans son tiers supérieur. A la périphérie il y a des couches ostéophytiques surperposées, épaisses sur quelques points de plus de six millimètres, séparées les unes des autres par des rigoles remplies de moelle et dont les lamelles les plus anciennes sont partiellement détruites. Au centre, près de la surface articulaire, il y a des fongosités qui se confondent sur quelques points avec un tissu gélatiniforme assez abondant, au milieu duquel on voit des séquestres très rugueux et d'un jaune maïs. Cà et là il y a aussi des amas de matière caséeuse.

Le cinquième métacarpien droit a 22 millimètres de long et 9 millimètres de large. Sur une coupe longitudinale, il est aisé de voir que son épaississement est dû à une couche ostéophytique qui enveloppe complétement une mince lamelle, reste de la diaphyse. A l'exception d'un point très limité, situé près de l'extrémité antérieure, le tissu spongieux, dans toute son étendue, est converti en une matière gélatiniforme parsemée de petites masses opaques. A la face dorsale des

perforations laissent arriver le tissu gélatiniforme au contact du périoste. Le deuxième métacarpien gauche a 13 millimètres de large, tandis que le troisième n'en a que 5. Il est creusé d'une vaste cavité tapissée par du tissu gélatiniforme et renfermant un séquestre très volumineux, léger et poreux, qui paraît être constitué par les deux tiers environ de l'os primitif, la coque actuelle étant constituée par un tissu de nouvelle formation qui, sur quelques points, a plusieurs millimètres d'épaisseur.

L'intérêt de ces quatre observations ne peut vous échapper. Elles sont concordantes sur tous les points essentiels, aussi vais-je leur emprunter presque tous les éléments de l'étude d'ensemble que je vais maintenant vous présenter.

Spina ventosa est un terme très ancien ; il paraît remonter aux Arabes qui ont décrit sous le nom de *Rihk alschukah* un mal que leurs commentateurs ont traduit par les expressions latines de *ventum spineum*, *spinæ ventositas*, *spina ventosa*, etc. — Quel est le sens de cette vieille dénomination ? Par le mot *spina*, épine, les Arabes semblent avoir voulu désigner un mal très douloureux, et la qualification de *ventosa* se rapporte probablement à la distension, à la tuméfaction qui étaient attribuées à un souffle malin.

Rien n'est moins précis que cette définition, puisqu'elle peut s'appliquer à toute affection douloureuse d'un os, avec augmentation de son volume. Or, le nombre de celles qui remplissent ces deux conditions est considérable ; et l'on a qualifié de la sorte les maladies osseuses les plus diverses ; par exemple : le chondrôme, le sarcôme, la carie, la nécrose et bien d'autres encore.

Cette confusion a été faite surtout par les pathologistes anciens ; car Boyer, qui a laissé de la lésion une bonne description anatomique, attribuait déjà au spina ventosa un sens beaucoup plus restreint : c'est, dit-il, une affection des os cylindriques, dans laquelle les parois du canal médullaire subissent une distension lente, successive, quelquefois énorme, en même temps qu'elles sont considérablement amincies et même percées en plusieurs points.

Nélaton, qui, l'un des premiers, a fait connaître la tuberculisation des os, et qui en a si bien décrit certaines formes, attribuait invariablement à la tuberculose toute lésion osseuse caractérisée par la présence de la matière caséeuse ; aussi ayant retrouvé ce mode particulier de dégénération dans le *spina ventosa*, il rapporta ce mal à des tubercules enkystés.

M. Goetz (Thèse de Paris, 1877), dans une bonne monographie qui peut être considérée comme représentant l'opinion régnante sur cette affection, cite Boyer, Bérard, Nélaton, Volkmann, et la définit : " Une maladie propre aux enfants plus ou moins entachés de scrofule, se manifestant presque exclusivement sur les os longs du pied et de la main, et caractérisée par une intumescence à marche lente et sans douleur, ne portant que sur la diaphyse de ces os. "

C'est avec raison que M. Goetz, dans sa définition, ne parle pas de la douleur ; nous verrons, en effet, que l'un des principaux caractères du spina ventosa est d'être indolore pendant toute la durée de son évolution.

Me réservant de définir le mal, quand je vous l'aurai fait connaître cliniquement et au point de vue de l'anatomie pathologique, je vais entrer immédiatement dans sa description.

SYMPTOMES. — Les mains et les pieds sont le siége habituel de l'affection (32 fois sur 35), mais on peut l'observer ailleurs : je l'ai rencontrée deux fois sur le cubitus, et Volkmann signale la même localisation.

Au pied, le premier métatarsien est habituellement atteint ; à la main, le mal frappe surtout les phalanges : d'abord la première, puis la phalangine. La phalangette est presque toujours intacte. D'après les auteurs, le doigt le plus souvent affecté est le médius. — Chez Albert M..., c'était l'indicateur, au niveau de la première phalange à droite, et de la deuxième à gauche.

L'affection reste absolument latente pendant un temps dont on ne peut fixer les limites, mais qui probablement est toujours assez long ; puis elle devient appréciable, entrant ainsi

dans sa phase véritablement clinique que je diviserai avec M. Goetz en deux périodes : celle de la tuméfaction simple et celle de l'ulcération.

Durant la première, le doigt est volumineux et de forme variable. Dans un cas que j'ai observé, il était conique et ressemblait à une petite bouteille : dans d'autres, on signale sa ressemblance avec un radis, avec un fuseau, etc. On a dit que chez quelques sujets il était allongé. Cela est assez difficile à expliquer, et peut-être cet allongement n'est-il qu'apparent.

Tôt ou tard, la peau devient rouge, tendue, violacée, et l'on perçoit de la fluctuation en un point qui s'ulcère, mettant à découvert un trajet fistuleux. Les ulcérations siégent presque toujours aux faces dorsale et latérale du doigt, très rarement à la face palmaire , ce qui paraît dû simplement à la moindre résistance du tégument dans les deux premières régions.

Déjà, à la période précédente, on avait pu deviner l'altération de l'os à l'accroissement de son volume et à une dureté toute particulière. Après la destruction de la peau, on peut avec un stylet arriver jusqu'à lui, et même pénétrer dans l'intérieur de la diaphyse ; et l'on a dès lors la preuve qu'il est le point de départ de l'affection.

Par l'orifice fistuleux s'écoule une sérosité sanguinolente. Toutefois la plaie n'exhale pas cette odeur fétide que l'on observe dans la carie osseuse ; et même à cette période avancée, elle n'est le siége d'aucune douleur. Il y a une certaine raideur articulaire, indépendante d'ailleurs, de toute lésion, mais il n'est pas rare de voir les petits malades se servir des doigts affectés.

La guérison est fréquente, surtout lorsque l'état général est bon ; l'os malade s'élimine peu à peu, puis les orifices fistuleux s'oblitèrent et il se fait une cicatrice d'abord violette, puis blanche, déprimée, gaufrée, indélébile. Les doigts sont constamment déformés, presque toujours raccourcis par l'élimination d'une partie ou de la totalité d'une phalange. De plus, ils subissent un amoindrissement partiel de leur volu-

me par suite de la transformation fibreuse des parties molles correspondant au trajet fistuleux. Les articulations ne sont atteintes que très exceptionnellement, et après la guérison, il est très curieux de les voir fonctionner, même lorsque les os qui la forment, ou l'un d'eux, ont été presque complétement détruits.

Diagnostic. — Il est peu d'affections que l'on puisse confondre avec le spina ventosa. Je signalerai pourtant les engelures qui, vous le savez, atteignent habituellement les pieds et les mains, où elles déterminent d'abord de l'enflure, puis souvent des ulcérations. Aussi pourraient-elles devenir l'objet d'une méprise chez des enfants chétifs et scrofuleux ; mais elles déterminent, au début surtout, des douleurs très vives ; la peau n'est atteinte que superficiellement et la marche du mal est en général rapide.

Les chondrômes et les sarcômes ont été pendant longtemps considérés comme des variétés de spina ventosa. Aujourd'hui, cette confusion nosologique a cessé ; et cliniquement, elle est facile à éviter. Le chondrôme évolue très lentement, et lorsqu'un doigt en est atteint, il est déformé dans tous les sens par une série de petites tumeurs, mais le tégument reste intact à sa surface.

Le sarcôme des doigts est très rare chez l'enfant, et son évolution rapide, douloureuse, est tout à fait caractéristique.

Pour ce qui est de la carie, de la nécrose et des ostéites simples, il me semble inutile d'insister longuement sur leur dianostic différentiel. La douleur, la fétidité, la marche rapide de la carie sont des caractères assez nettement tranchés pour que l'on puisse éviter la confusion. La nécrose est un accident fréquent dans l'évolution du spina ventosa ; nous n'avons donc pas à l'en distinguer. — Je ne m'attarderai pas non plus au diagnostic différentiel de la tumeur blanche qui débute toujours par les articulations, contrairement à ce qui a lieu pour l'affection qui nous occupe.

Enfin il est une malformation des doigts, qui, si l'on se

contentait d'un examen superficiel, pourrait, à cause de sa forme, être confondue avec elle. Je vous en présente un moulage, fait en 1879 sur un enfant nouveau-né de mon service. Dans ce cas, comme dans tous les autres, elle consiste en une tumeur située sur la face palmaire de l'indicateur, et qui, remarquez-le bien, est exclusivement formée de tissus mous, l'os étant invariablement sain. Elle est circonscrite à sa base par un sillon profond analogue à celui que produirait une ligature. Il en existe un semblable sur le médius, comme si ce doigt eût été comprimé par un anneau trop étroit. Parfois la cause qui a produit ici une simple rigole circulaire est assez puissante pour déterminer la section de la partie ; et l'on peut trouver, de ce fait, un ou plusieurs doigts réduits à l'état de moignons. Le mécanisme qui produit ces tumeurs et ces amputations digitales est encore fort mal connu, mais je n'ai pas à m'en occuper ici, n'ayant eu d'autre but en vous signalant ces faits, que de vous prémunir contre une erreur de diagnostic, d'ailleurs très facile à éviter.

L'*anatomie pathologique* est sans contredit le point dominant de notre sujet ; aussi lui consacrerai-je quelques développements.

Si, par exemple, il s'agit d'un doigt atteint de spina ventosa, on constate, d'une part, les lésions des parties molles, et, de l'autre, celles des os. La clinique nous a déjà conduit à cette notion ; de plus, elle nous a appris que les os sont malades les premiers.

Les tisssus mous, qu'ils soient ulcérés ou non, présentent à toutes les époques de l'évolution morbide les caractères d'une inflammation subaiguë. Ils sont rouges, congestionnés, imbibés de lymphe coagulable, infiltrés de cellules lymphatiques et de corpuscules embryonnaires. Plus tard il s'y développe du tissu fibreux qui, par sa rétraction, détermine des cicatrices irrégulières et profondes. — Il est bien entendu que je laisse complétement de côté les petites tumeurs que l'on trouve disséminées sur les différentes parties du corps et qui contiennent une matière caséiforme dont la nature

tuberculeuse, comme l'a démontré M. Lannelongue, ne peut être mise en doute.

C'est l'os qui, primitivement et spécifiquement malade, mérite donc toute notre attention.

Le périoste est souvent très altéré. Dans tous les cas, il est épaissi, très congestionné, souvent décollé dans une étendue variable et emprisonné entre les tissus extérieurs lardacés et des couches osseuses de nouvelle formation. Le décollement se produit dans le temps que, par les orifices de l'os d'abord raréfié, puis perforé, s'échappent les produits pathologiques en état de régression. Le périoste est à son tour perforé, puis les parties molles sont atteintes et finalement le foyer morbide est mis en commuication avec l'extérieur. C'est au centre de l'os proprement dit, dans sa moelle, que le mal prend naissance. Voici la représentation de l'une des phalanges d'Albert M... (Obs. I). Vous pourrez y constater la succession des lésions telles que je vais vous les décrire.

Rappelez vous que l'os normal se compose d'une diaphyse d'un canal médullaire et de tissu spongieux ; que le canal médullaire est très court chez les enfants.

La lésion du spina ventosa prend naissance, sans exception, dans la moelle du canal intra-diaphysaire ou dans celle du tissu spongieux. L'on n'en peut douter, lorsqu'on observe la lésion à son début. Pour la découvrir dans ces conditions, il ne faut pas se contenter d'examiner les os dont la clinique a révélé la souffrance, mais encore ceux du voisinage ou de l'autre membre. Une coupe pratiquée suivant le grand axe est le meilleur mode de préparation. Je ne saurais vous présenter une pièce plus démonstrative que le cubitus macéré et desséché de Catherine R (Obs. II). Toute l'évolution du spina ventosa s'y trouve écrite en gros caractères.

La section a été faite dans toute la longueur de la diaphyse et d'avant en arrière. Sur la pièce fraîche on voyait dans la moelle et dans les alvéoles du tissu spongieux de petites masses arrondies, grisâtres ou jaunes, et caséeuses. Sous ces deux aspects, elles présentaient une grande analogie avec des gra-

nulations ou des noyaux tuberculeux. Il est très probable que cette lésion n'était pas isolée et qu'elle était accompagnée par cette atrophie de la moelle, si fréquente dans la syphilis héréditaire, où je l'ai qualifiée de *gélatiniforme*. Si je vous dis cela, c'est que d'une manière constante, autour de masses grises ou jaunes, on la trouve, dans des proportions diverses. Cela est très manifeste sur la phalange d'Albert M. (Obs. I). Pour vous faire comprendre en quoi elle consiste, je dois vous rappeler que la moelle osseuse des jeunes enfants, très peu riche en cellules adipeuses, est essentiellement constituée par des médullocèles qui sont plongés dans un réseau fibrillaire réticulé. Dans l'atrophie gélatiniforme, la graisse et les éléments lymphoïdes disparaissent complétement, et l'on ne trouve plus que la charpente fibrillaire, les vaisseaux et les nerfs, et çà et là des éléments fusiformes ; le tout baignant dans un liquide albuminoïde. C'est là que poussent les nodules grisâtres qui ne sont autre chose que des granulations tuberculeuses, s'accroissant à la périphérie, tandis que le centre devient caséeux.

Après vous avoir fait connaître les lésions primitives et si l'on peut ainsi dire élémentaires de l'os, je dois chercher à vous expliquer comment il s'ensuit cette tuméfaction particulière avec amincissement de la dyaphyse, cause de la qualification du *ventosa*, que lui ont imposée les premiers observateurs.

Le cubitus que je vous ai présenté comme un type vous permettra de bien comprendre les différentes phases de la déformation de l'os et cette boursoufflure apparente dont il est le siége.

La matière tuberculeuse, en s'étendant du centre vers la périphérie, finit par irriter la diaphyse et son enveloppe. — Tout est dans cette irritation du périoste. — N'oubliez pas, en effet, qu'il s'agit ici de jeunes sujets, dont les os, en voie de développement, s'accroissent en épaisseur, grâce au périoste. A l'état normal, celui-ci donne lentement naissance à de nouvelles couches osseuses, qui se confondent avec celles

précédemment formées, sous l'influence irritative qui part du trabécule, son activité formative devient beaucoup plus intense, plus rapide ; et il se fait des dépôts plus épais, plus abondants et d'une structure nouvelle. Leurs trabécules laissent entre elles de larges lacunes et, contrairement à ce qui a lieu pour le tissu normal, sont perpendiculaires à l'axe de la diaphyse. Ces couches morbides se superposent rapidement à la périphérie, pendant qu'à l'intérieur l'atrophie gélatiniforme accomplit son travail de destruction, usant, perforant d'abord les parties saines, pour s'attaquer ensuite à celles qui se sont déposées les dernières sous l'influence pathologique. Ainsi, tandis que l'os, dans sa région malade, s'accroît en diamètre et devient à ce niveau fusiforme, il s'évide à l'intérieur, où se creuse une cavité beaucoup plus considérable que la région occupée normalement par le tissu spongieux de la moelle. Tel est le mécanisme par lequel se développe la tuméfaction osseuse et l'amincissement de sa paroi. — Il ne s'agit donc pas, suivant l'idée primitive et qui règne encore aujourd'hui, d'une véritable boursouflure de la diaphyse, comparable à celle que l'on produit en soufflant dans un tube de verre ramolli par la chaleur, boursouflure d'ailleurs incompatible avec ce que l'on sait de l'anatomie et de la physiologie des os. Ce qui produit l'augmentation locale du volume de la diaphyse et l'apparence qui en résulte, c'est un travail simultané de production osseuse périphérique et de destruction excentrique — d'abord des tissus normaux, puis de ceux qui se sont développés sous l'influence morbide.

Dans le cours de l'affection, assez fréquemment des ilots du tissu spongieux et même de la diaphyse circonscrits par la substance gélatiniforme, sont détachés du reste de l'os constituant ainsi de véritables séquestres, que l'on trouve dans la matière caséeuse. Ils ont parfois un volume considérable, et j'en ai vu qui égalaient les deux tiers de la phalange ou du métacarpien.

Je vous ai dit, en y insistant, que les articulations n'étaient presque jamais atteintes ; et après la guérison, même lorsqu'il

s'est fait des cicatrices profondes, on peut voir le mouvement articulaire s'accomplir entre deux os, dont l'un est resté intact, tandis que l'autre n'a plus que quelques millimètres de long. J'ai récemment observé un enfant dans de semblables conditions. Une des premières phalanges de la main gauche avait été détruite dans toute sa région moyenne, et il ne restait plus du côté de la phalangine, qu'un fragment osseux dont j'ai estimé la longueur à deux millimètres. Il était attaché au supérieur par une véritable soudure ; mais le doigt était notablement raccourci. Toutefois les couches chondrocalcaire et chondroïde des extrémités diaphysaires ne constituent pas pour le mal une barrière infranchissable ; et vous avez vu que chez Esther Ch. (obs. 4) l'affection du cubitus s'était propagéeà l'articulation du coude. Dans ces cas, le cartilage jaunit, perd son élasticité, est envahi par l'atrophie gélatiniforme, se fond, se décolle, la matière caséeuse pénètre dans la cavité articulaire, qui devient le siége d'une inflammation chronique ; et l'on se trouve alors en présence d'une affection simulant la tumeur blanche.

Les perforations osseuses que je vous ai signalées, et dont je vous ai montré des spécimens sur des pièces sèches, résultent de l'inégale épaisseur de la coque osseuse et aussi de ce que, sur certains points, le travail de destruction l'emporte sur celui de réparation sous-périostique. Lorsque les fongosités intra-osseuses se sont ainsi frayé un passage, le périoste est atteint et se perfore ; puis, à leur tour, les parties molles s'enflamment et il se forme des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur, laissant à leur suite des plaies et des trajets fistuleux dont la guérison ne peut avoir lieu qu'après celle de l'affection osseuse.

Je vous ai dit que le mal était de nature tuberculeuse ; c'est que les nodules grisâtres, qui sont le point de départ de tous les accidents, sont identiques aux granulations tuberculeuses du poumon et des autres viscères. On y trouve, en effet, tous les éléments constitutifs de ces dernières. Petites cellules rondes, tassées les unes contre les autres, cellules

géantes et épithélioïdes. D'ailleurs, je vous l'ai dit, cette origine tuberculeuse du spina ventosa avait été admise par Nélaton. Mais depuis cette opinion si juste a été rejetée par la plupart de ceux qui se sont occupés du sujet, et M. Coetz, par exemple, en fait une médullite chronique, coïncidant très fréquemment avec la tuberculose viscérale.

Dans tous les cas qu'il m'a été donné d'étudier j'ai toujours constaté une tuberculisation organique d'ordinaire très étendue. Parmi ces lésions, les ulcères du poumon et de l'intestin m'ont particulièrement frappé; et je me suis demandé s'il s'agissait là d'une simple coïncidence, et si ces lésions n'avaient pas quelque influence sur celles du système osseux.

Certains auteurs ont considéré la syphylis comme pouvant engendrer le spina ventosa. En affirmant qu'il était toujours d'origine tuberculeuse, j'ai répondu à cette manière de voir. Ce qui est vrai, c'est qu'il peut coïncider avec la syphilis héréditaire et évoluer chez des enfants portant les marques incontestables de cette maladie, vous l'avez vu dans le cas de Catherine R. (Obs. II). Cette enfant avait une sylphilide cutanée, et son crâne présente des ostéophytes caractérisques.

Lorsque vous vous trouverez en face d'un malade atteint de spina ventosa, c'est de combattre la diathèse,à laquelle il est en proie que vous vous efforcerez, et s'il existe des plaies, vous les traiterez de manière à faciliter l'expulsion des produits morbides et des séquestres, et à rendre les cicatrices aussi peut difformes que possible.

BIBLIOGRAPHIE

De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées,

PAR le Dr A THÉVENOT (LAUWEREYNS.) [1]

Ce travail, dont nous voulons donner ici un court aperçu, est non seulement intéressant, mais encore pratiquement

utile. L'auteur passe en revue les différents mécanismes par lesquels se produit la *rétroflexion* chez les femmes en général et chez les femmes récemment accouchées en particulier.

C'est à la distension de la vessie par l'urine accumulée, que l'on est surtout habitué d'attribuer l'origine de la rétroflexion chez les accouchées.

Ce mode de production de l'infirmité étant en effet extrêmement fréquent, n'est pas cependant unique. Il suffit quelquefois que la femme se lève trop tôt, qu'elle fasse un effort, etc., pour que l'*utérus* qui n'est plus maintenu que par des attaches distendues et relachées, s'infléchisse en arrière. Si la rétroflexion n'est produite que par l'accumulation de l'urine dans la vessie, il suffit de vider cette dernière pour que l'organe dévié reprenne sa position normale. Il n'en est pas de même si l'infirmité s'est produite par suite d'un effort de la malade, effort auquel les attaches utérines distendues n'ont pas eu la force de résister, et il faut alors avoir recours à d'autres procédés.

M. Thévenot cite une observation très intéressante d'une *rétroflexion* de cette dernière provenance.

Il fut appelé auprès d'une jeune femme dix-sept jours après l'accouchement. Il trouva la malade dans un état déplorable.

" La face est pâle, dit l'auteur, les traits tirés et fatigués, le pouls à 90. Dans la région de l'hypogastre et des aines vive sensibilité à la pression, cependant le ventre est plat et se laisse déprimer ; par le palper on ne sent pas le fond de l'utérus.

" Par le toucher vaginal on arrive sur le col, qui est immobilisé, un peu porté en avant, mais non accolé au pubis ; il est reformé et son orifice déchiré admet l'extrémité du doigt. En arrière toute l'excavation est remplie par une tumeur du volume d'une orange, dont la partie la plus déclive dépasse le *museau de tanche*.—Elle est séparée du col par un sillon dans lequel le doigt pénètrerait facilement, sans l'extrême sensibilité dont elle est le siège. Cette masse donne la sensation

d'empâtement et de l'œdème. Par le toucher rectal on limite mieux la forme globulaire et on apprécie plus exactement le volume de la tumeur. "

Ayant diagnostiqué une rétroflexion M. Thévenot tente la réduction.

Il introduit l'index dans le *rectum* et repousse la tumeur en haut et en arrière ; après quelques secondes de pression modérée, la masse cède brusquement et l'excavation reste vide.

On sent, dit l'auteur, la face postérieure du col, redevenu mobile, se continuer avec le corps ; par l'exploration bi-manuelle on limite bien l'*utérus* dont le fond dépasse le pubis de deux travers de doigt. La réduction faite, une détente se produit ; les douleurs du bas-ventre, des reins, la tension et le ténesme rectal cessent immédiatement.

Au bout de peu de temps, après la petite opération, la malade s'est rétablie complétement, et il n'y a eu rien de particulier à noter.

Il ressort clairement de l'observation que cette fois-ci, il serait impossible de chercher la cause de la rétroflexion dans la distension vésicale. Du reste la malade raconta qu'ayant accouché chez une sage-femme, cette dernière la fit lever le troisième jour pour faire son lit. Or, en voulant s'asseoir sur un fauteuil, la malade éprouva une douleur très vive, qui s'irradia dans le bas-ventre, les aines, les reins.—Depuis ce moment jusqu'à l'arrivée du docteur, c'est-à-dire jusqu'au dix-huitième jour, des douleurs très vives, le ténesme rectal, etc., ne faisaient que s'accroître.

Il est donc évident que l'on avait affaire à une rétroflexion provenant d'un effort, et ce qui rend cette observation d'autant plus intéressante, c'est que l'accident est survenu d'une manière aussi soudaine qu'aiguë. Ce cas est assez rare, et pour la plupart la flexion ne se produit que graduellement chez les femmes nouvellement accouchées qui se lèvent trop tôt et qui se livrent au travail.

L'auteur ne manque pas de tirer des conclusions pratiques

et essentiellement cliniques de cette observation. Ainsi il recommande entre autres de ne pas laisser se lever aux accouchées avant de s'être assuré par l'exploration bi-manuelle, non seulement que l'involution est suffisante mais encore que l'axe utérin a sa direction normale, etc.

Ne pouvant pas ici entrer dans tous les détails, nous nous bornerons à l'aperçu succinct que nons avons donné en engageant nos lecteurs de prendre connaissance de ce travail consciencieux et utile.—*Journal de Thérapeutique*, 10 fév. 1881.

Du traitement de la pustule maligne.

Par le professeur Verneuil. membre de l'Académie de médecine.

Depuis plusieurs mois on s'est souvent occupé des maladies charbonneuses, et aujourd'hui même on s'en occupe encore. Les recherches ont surtout porté sur la nature, les origines, la transmission et la propagation du mal, mais le côté thérapeutique n'a pas été oublié, et vous vous rappelez les communications intéressantes faites par M. Davaine sur les applications de la méthode des injections hypodermiques à la cure de la pustule maligne.

C'est précisément du traitement de cette dernière affection que je veux parler aujourd'hui. On reproche volontiers aux débats académiques de ne servir qu'indirectement la pratique et de laisser aux médecins la peine d'extraire de nos discours ce qui peut leur être utile; il m'a semblé qu'on pouvait ici éviter l'accusation en formulant quelques propositions courtes et claires d'une application facile au lit des malades.

On ne trouvera dans ces propositions rien qui me soit propre, ni même rien de bien neuf; je veux seulement guider le praticien dans le choix à faire parmi les agents thérapeutiques anciens et nouveaux, et lui montrer surtout les indications à remplir et la manière d'y arriver.

Si l'on s'étonne de m'entendre invoquer mon expérience

sur une maladie relativement rare dans notre ville, je répondrai que mes premières observations datent de 1845, alors que j'étais interne de Lisfranc, que depuis j'ai recueilli des notes sur tout ce que j'ai vu, en province et à Paris, et qu'enfin, revenu depuis quelques années a l'hôpital de la Pitié, où plus souvent qu'en aucun autre sont reçus les charbonneux, j'ai pu me faire des opinions arrêtées sur le sujet en question.

Si l'on jette d'abord un coup d'œil sur le traitement de la pustule maligne, tel qu'il est exposé dans nos livres classiques et en particulier dans le *compendium de chirurgie*, on constate que de toutes les méthodes proposées une seule est à peu près unanimement acceptée ; je veux parler de la destruction de la pustule maligne elle-même. C'est pour la plupart des chirurgiens l'acte essentiel, l'alpha et l'oméga de la thérapeutique ; on ne signale qu'en passant et sans paraître y ajouter grande importance quelques moyens accessoires, qui sont d'ailleurs généralement insignifiants, quand ils ne sont pas nuisibles. A la vérité, les procédés de destruction sont très variés et chacun préconise le sien. On a successivement recommandé : la cautérisation potentielle avec divers caustiques, sublimé, pâte de Vienne, potasse caustique, acide sulfurique, etc.; la cautérisation potentielle avec le fer rouge, et plus récemment avec le thermocautère ; la cautérisation a été favorisée par les scarifications, la résection, l'excision de l'eschare ; on a enfin pratiqué l'extirpation de la pustule avec le bistouri porté dans le mort, dans le vif, ou à la limite du mort et du vif ; souvent la plaie est touchée ensuite au fer rouge.

Dans ces dernières années, on a proposé et mis en usage un tout autre moyen, dans le but avéré d'atteindre le mal en dehors de sa localisation première et de le poursuivre même dans le torrent circulatoire. Je fais allusion aux injections hypodermiques faites avec des liquides antiseptiques capables de détruire le virus charbonneux dans le tissu conjonctif et dans le sang lui-même. MM. Cézard, Raimbert, Davaine, Chipault et quelques autres encore ont publié des obser-

vations cliniques ou des récits d'expériences qui ont mis en lumière la valeur de cette méthode, valeur d'autant plus grande que le moyen est applicable encore dans les cas les plus graves, et quand tout semble perdu.

On comprend sans peine quo les praticiens se soient empressés d'expérimenter l'innovation. Les uns l'ont employée seule, les autres l'ont associée aux anciens moyens, avant ou après la destruction de la pustule. On a essayé divers agents : l'acide phénique, l'iode ; on a injecté des solutions plus ou moins concentrées ; souvent on a réussi, parfois on a échoué. Dans l'état actuel, il serait difficile de dresser exactement le bilan des injections hypodermiques, de fixer avec assurance la part qu'elles ont prise dans certains succès, et surtout de dire si elles peuvent et doivent réussir seules et sans le concours des moyens destructeurs. Ainsi, je m'imagine qu'il doit en résulter en pratique un certain embarras et quelque indécision.

Frappé depuis longtemps des imperfections du traitement ancien de la pustule maligne, et surtout de l'insuffisance des moyens opposés à la propagation périphérique du mal, à sa généralisation et à l'infection de l'économie, j'acceptai sur-le-champ les injections antiseptiques, et en 1879, je les associai à la cautérisation destructive de la pustule. J'avais mis en usage l'acide phénique au cinquième, mon malade guérit ; mais le cas n'était pas bien grave, et je ne le publiai point. A cette époque d'ailleurs, M. Davenne ne nous avait pas fait connaître ses recherches précises sur les propriétés anticharbonneuses de l'iode. Depuis, les résultats annoncés par notre éminent collègue ont été si remarquables, les dernières observations de M. Chipault se sont également montrées si concluantes, que je promis bien de mettre le tout à profit.

Il me fallut attendre la fin de décembre 1880, non pour agir moi-même, mais simplement pour donner un conseil, qui fut d'ailleurs suivi avec succès.

Un matin, au moment où je quittais l'hôpital de la Pitié, un de mes élèves me remit un télégramme qu'il venait de recevoir et qni était ainsi conçu :

" Landivisiau à Paris.

" Docteur Lecomte à Gauchas, interne, Pitié.

" Pustule maligne, enlevée bistouri, cautérisée deux fois fer rouge, envahissante, gonflement considérable avant-bras. Demandez Verneuil si amputation nécessaire, date plusieurs jours, pouls 120, vomissements."

Je fis répondre aussitôt :

" Docteur Lecomte, Landivisiau.

" Verneuil opposé à amputation, conseille faire autour de pustule cautérisations ponctuées profondes au fer rouge; dans zone œdématiée injections sous-cutanées de 5 en 5 centimètres avec solution teinture d'iode à 1 pour 100."

Je ne possède pas de détails sur ce qui fut fait ; toujours est-il que les internes de la Pitié, moins de quinze jours plus tard, célébraient à déjeuner l'heureuse guérison du patient.

Je fus très heureux d'un pareil résultat, et je conclus que le moyen était puissant pour avoir réussi, malgré la concision extrême avec laquelle il avait été formulé.

On voit dans cette observation, dont j'espère d'ailleurs avoir bientôt le texte, que les moyens locaux les plus puissants avaient échoué, que la vie était menacée ou au moins le membre, et que l'issue eût été probablement fatale, si de nouveaux agents n'étaient intervenus. A la vérité, j'en avais indiqué deux : les pointes de feu profondes et multipliées autour de la pustule, puis les injections hypodermiques à la teinture d'iode.

A quoi était dû le salut? Je ne saurois le dire ; mais, en somme, on avait gagné la partie, et c'était l'essentiel.

Ceci me fit réfléchir encore au traitement de la pustule maligne et rechercher une combinaison dans laquelle on pourrait faire entrer simultanément tous les moyen ayant jusqu'ici fait preuve incontestable d'efficacité.

Voici quel fut le résultat de mes réfléxions :

La pustule maligne, considérée au point de vue de l'anatomie pathologique, se compose, pour peu qu'elle remonte à plus de trente ou de quarante heures, de trois régions ou zones fort distinctes : 1° au centre, l'eschare aves sa couronne de petites vésicules ; 2° immédiatement en dehors, une zone

plus ou moins large et épaisse, où le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané semblent manifestement enflammés et indurés ; 3° plus en dehors encore, une dernière zone d'une étendue illimitée où s'observe un gonflement œdémateux avec ou sans rougeur, avec ou sans sensibilité au toucher.

Or, à chacune de ces régions, il me semblait possible et utile d'appliquer un moyen spécial : à la zone mortifiée, la destruction radicale ; à la zone indurée suspecte et menacée d'une gangrène, la révulsion énergique ; à la zone d'œdème, la desinfection interstitielle.

Si l'on ajoutait à cela l'administration à l'intérieur d'un antiseptique reconnu actif contre le virus charbonneux, on arriverait à une thérapeutique rationnelle, ne livrant rien au hasard, remplissant toutes les indications tirées de la nature du mal, composée enfin de moyens absolument innocents, au cas où ils ne seraient pas indispensables.

D'ailleurs rien de plus facile que l'exécution de ces temps divers :

Pour la destruction, le thermocautère, facile à manier, précis dans son action, dépourvu de tout danger, et rendant même très bénignes les plaies qu'il produit ;

Pour la révulsion énergique, le même instrument faisant dans la zone indurée des incisions ou des pointes de feu ;

Pour la désinfection interstitielle, la seringue de Pravaz portant dans le tissu conjonctif une solution de teinture d'iode de 1 ou 2 pour 100 ;

Pour le traitement interne, la même teinture d'iode administrée à la dose de deux à quatre gouttes toutes les deux heures, sans préjudice des autres médicaments jugés nécessaires.

Par un singulier hasard, l'occasion de mettre à exécution tout ce programme se présenta moins d'un mois après l'échange télégraphique de Landivisiau à Paris.

Pustule maligne de la paupière supérieure ; extirpation au thermocautère, couronne de pointes de feu à la périphérie, injections iodées hypodermiques dans la région œdémateuse, teinture d'iode à l'intérieur. Guérison.—(A suivre.)

Sur la guérison spontanée de la phthisie pulmonaire.

Par HEITLER.

L. Heitler a examiné, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses ou d'adhérences pleurales, Heitler a trouvé 780 foyers caséeux guéris, sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes, 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante-cinq ans.

Un de ces morts avait 101 ans, un autre 103 ! Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans 651 cas, la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets. La guérison spontanée est, dit l'auteur, plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieurs des poumons. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible. (*Medizinische Iahrbucher*, 1880, Heft III.) (*Lyon médical*). —(*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

Emploi de l'iodoforme en gynécologie.

Par KISCH.

L'auteur a employé l'iodoforme avec succès dans plus de 50 cas de métrite chronique, d'endométrite et de périmétrite, d'ulcération du col, d'hyperthrophie du col, de péritonite et pelvi-péritonite chroniques, etc. L'iodoforme est à la fois un

fondant et un anesthésique, et il est moins irritant que la teinture d'iode. On retrouve l'iode dans les urines avant 48 heures, mais l'élimination se fait lentement.

L'odeur infecte de l'iodoforme est parfaitement masquée dans le mélange suivant :

Iodoforme....	10	grammes
Glycérine	100	—
Eessence de menthe poivrée...	3	—

Agiter au moment de s'en servir.

Au moment du coucher, on imbibe un tampon d'ouate et on l'introduit dans les culs-de sac du vagin ou dans le col de l'utérus ; on le retire le lendemain matin. En même temps, on fait pendant deux ou trois minutes avec la liqueur des frictions sur le ventre et sur les aines. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, *décembre* 1879)—(*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

Examens de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Dans les derniers jours de Mars ont subi leur examen final :

MM. Hormisdas Legault, Ferdinand St. Jacques, S. LaLamarche, Amédée Martin, C. Fauteux, B. Elie Pagé, J. Hamelin, Jules Savard, Gilbert Huot, Joseph Rodolphe Chamilly de Lorimier, C. Voisard, Théodule Cypihot, Chs. F. Clerk, S. Kelly, G. A. M. Fortier, Joseph Asselin, J. A. Prieur, Eugène Fournier, A. Sinek, Charles Girard, J. Bte. LeRoy, David Dufresne, M. Soulard.

Ces messieurs recevront dans quelques jours de l'Université Victoria le diplôme de Maître en Chirurgie et de Docteur en Médecine.

Mais ce diplôme, toutefois, ne sera délivré qu'à ceux qui rempli toutes les exigences de la loi.

Les messieurs dont les noms suivent ont passé leur examen primaire :

Philéas Geoffrion, J. A. B. Goulet, J. A. Pepin, Albert Beaupré, L. Camiré, J. Brisebois, L. J. Gareau, Geo. Baril, Joseph E. Thériault, Charles Tessier, L. D. Grenier, Hector Gauthier, G. Watier, E. Panneton, Horace Manseau, Edgar Turgeon, Gustave Paquet, Edmond Aubry, Joseph Venne, H. E. Langis, Alfred Archambault, G. P. Chartrand, Alfred Duckett.

Les examens pour l'admission à l'étude de la Médecine auront lieu jeudi le cinq mai courant, à la même heure et dans le même local.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Médical de la Province de Québec, pour l'examen des candidats à la pratique de la médecine et l'octroi des licences sur présentation des diplômes, aura lieu à Montréal Mercredi le 11 Mai courant, à 10 heures, A. M., dans la vieille bâtisse du gouvernement, autrefois occupée par l'Ecole Normale, rue Notre-Dame, vis-à-vis l'Hôtel de Ville.

Mutation à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs d'Orsonnens, Coderre, Hingston et Brunel ont été remplacés pour le trimestre d'Avril, Mai et Juin, par MM. les docteurs Beaudry, McDonell, F. X. Trudel et Gagnon.

DÉCÈS

A Montréal, le 13 avril dernier, E. A. Paquet, M. D., à l'âge de 33 ans. Le docteur Paquet était un des élèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et un des Médecins du Dispensaire de l'Asile de la Providence.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. JUIN 1881 No. 6

LE BILL DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Nous croyons devoir, dans les circonstances exceptionnelles où se trouve le pays sur la question d'éducation, soumettre à votre appréciation le fameux bill que l'Université Laval veut faire passer à la Législature Provinciale.

Acte concernant l'Université Laval et la multiplication de ses chaires d'enseignement dans les arts et autres facultés, dans les limites de la province de Québec.

Considérant que certaines personnes ont élevé des doutes sur le droit de l'Université Laval de donner l'enseignement universitaire ailleurs qu'à Québec, et qu'il est expédient de faire disparaître ces doutes ; Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la législature de Québec, decrète ce qui suit :

1. L'Université Laval est autorisée à multiplier ses chaires d'enseignement dans les arts et autres facultés, dans les limites de la province de Québec.

2. Le présent acte viendra en force le jour de sa sanction.

Tout le monde nous saura gré, nous l'espérons, d'insérer ici un résumé de cette question importante de l'éducation supérieure dans la Province de Québec, avec les remarques et les raisons nécessaires et suffisantes pour que chacun puisse se former une opinion exacte, et travailler ensuite sans arrière pensée au succès de la cause qu'il aura embrassée.

Sur la proposition de Mgr Bourget, évêque de Montréal, l'Université Laval a été fondée par le séminaire de Québec, à qui S. M. la reine Victoria a accordé, le 8 décembre 1852, une charte royale désignant cette institution sous le nom de " Le Recteur et les membres de l'Université Laval à Québec, dans la province du Canada." Cette charte royale lui accorde les plus amples priviléges, entre autres " le droit et le pouvoir d'*affilier* et d'unir des collèges, etc."

Mgr l'archevêque de Québec exprime lui-même quelles seront les aspirations de cette Université, dans une lettre en date du 27 avril 1852.

" Le séminaire ne prétend point accaparer le *monopole du* " *haut enseignement*, et son unique but est d'obtenir le com- " mencement d'une Université en s'y prenant de façon à ob- " tenir une fois *ce qui pourra être obtenu plus tard pour d'au-* " *tres maisons* ....

" Ma demande aux évêques se réduit à solliciter leur con- " cours dans la supplique au chef suprême de l'Eglise pour " obtenir *une Université qui ne portera pas le titre de provin-* " *ciale.*"

L'Indult de Sa Sainteté Pie IX, érigeant l'Université Laval, le 6 mars 1853, ne l'autorise pas à conférer les grades théologiques aux élèves de tous les séminaires de la province ecclésiastique de Québec, mais aux seuls élèves du séminaire de Québec : " *benique annuit ut Quebecencis Archiepiscopus pro tempore existens Lauream doctoralem et gradus in sacra Theologia cum juribus et privilegiis consultis conferre valeat eisqui vitæ integritate ceteroquin præstantes, postquam litteris at philosophiæ sedulo vacaverint in studia sacra plures in classes distributa apud scholas* SEMINARII QUEBECENCIS *rite incubuerint.*"

L'Université Laval n'était donc pas provinciale.

L'Université Laval a toujours, depuis sa fondation jusqu'à ces dernières années, reconnu qu'elle n'avait pas le droit d'exister seule. En effet, nous lisons dans une lettre du Rec-

teur de l'Université Laval à Mgr l'archevêque de Québec, en date du 4 juin 1859 :

" Mais l'établissement d'une seconde Université qui serait " aujourd'hui prématuré *deviendra avant bien des années* UTILE " ET MÊME NÉCESSAIRE, d'autant plus que *nous n'avons pas l'in-* " *tention de faire de la nôtre le rendez-vous d'une jeunesse bien* " *nombreuse*..

" *Un peu de patience* donc et LE TOUR DE MONTRÉAL " VIENDRA, non seulement sans inconvénient pour person- " ne, mais pour LE PLUS GRAND AVANTAGE DE TOUS."

(Signé,) E. A. TASCHEREAU, Ptre., Recteur U. L.

L'Université Laval reconnaissant qu'elle n'avait pas le droit d'exister seule, et la charte royale ne lui accordant que le droit et pouvoir d'*affilier*, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal s'adressa à maintes reprises à cette Université pour en obtenir une affiliation, comme le démontre le document suivant :

" ECOLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE DE " MONTREAL.

" Nous, soussignés, déclarons et affirmons sur la foi des " Procès-Verbaux des assemblées du Bureau de notre Ecole " et avec le consentement unanime de tous les membres de " ce bureau que :

" 1o Monseigneur Ignace Bourget, évêque de Montréal, n'a " jamais cessé, dans ses rapports avec notre Ecole, d'insister " avec force et persévérance, pour qu'Elle (notre Ecole) s'en- " tendit avec l'Université Laval ;

" 2o Que c'est sur les conseils reçus de Monseigneur de " Montréal, qu'en 1860, notre Ecole fit des démarches auprès " de l'Université Laval pour obtenir d'elle une affiliation ;

" 3o Que, malgré le peu de succès de la démarche faite, en " 1860, auprès de l'Université Laval par notre Ecole, ce fut " de nouveau d'après les conseils et sur les instances de Mgr " de Montréal qu'en 1862, notre Ecole s'adressa, une seconde

" fois, mais sans plus de bonheur, à la même Université pour " obtenir une affiliation;

" 4o Que, dans diverses occasions, et toujours d'après les " sollicitations de Mgr de Montréal, notre Ecole s'est montrée, à " l'égard de l'Université Laval, disposée à faire tous les sacrifi- " ces et toutes les concessions possibles, mais qu'en revanche, " la dite Université a toujours été intraitable, soit en refu- " sant d'entrer en négociations avec notre Ecole, soit en of- " frant des conditions ruineuses pour notre Institution et dé- " favorables à notre jeunesse.

" 5o Que ce n'est qu'après avoir tenté auprès de l'Univer- " sité Laval tout ce qui était honorablement permis, que no- " tre Ecole, menacée de perdre tous ses élèves, faute de pou- " voir leur conférer les degrés universitaires, s'est vue dans " la pénible obligation de s'affilier à une Université protes- " tante.

" 6o Qu'en 1870, Mgr de Montréal fit part au président de " notre Ecole des offres de l'Université Laval, d'établir une " succursale à Montréal, mais que ces offres étant, du tout au " tout, impossibles, on ne voulut pas s'en occuper ;

" 7o Qu'après toutes nos démarches antérieures et nos rap- " ports avec l'Université Laval, nous avons des raisons déci- " sives de ne jamais plus vouloir rien avoir à faire ni avec " l'Université Laval, ni avec son enseignement ; que, par con- " séquent, nous n'en voulons, en aucune façon, ni comme af- " filiation, ni comme succursale ;

" 8o Que cependant nous sentons le pressant besoin pour " Montréal d'une Université catholique, et que nous regar- " derons comme une calamité publique que cette Université " soit plus longtemps refusée.

" PIERRE BEAUBIEN, M. D., Président.
" HECTOR PELLETIER, M. D., Edin.
" *Secrétaire-Trésorier de l'Ecole de Médecine*
" *et de Chirurgie de Montréal.*

" Montréal, 16 décembre 1872."

Comme on peut le voir, ce n'est pas l'Ecole qui a refusé de s'entendre avec l'Université Laval, mais bien cette Institution qui repoussait la nôtre. D'ailleurs laissons parler les documents :

" Montréal, 17 octobre 1862.

" Au Rév. M. Taschereau, Recteur de l'Université Laval.

" Monsieur,

" Nous avons l'honneur de vous informer que nous avons " transmis votre réponse verbale aux membres de l'Ecole de " Médecine, à leur dernière assemblée mensuelle. Ces Mes- " sieurs ont vu avec peine que leur demande d'affiliation " avait été refusée par l'Université Laval ; et comme ils atta- " chent de l'importance à la demande qu'ils ont faite auprès " de votre Institution, ils vous prient de vouloir bien leur " donner par écrit la réponse qui constate le refus qu'ils en " ont reçu.

Votre, etc.

P. Beaubien, M. D.,
etc., etc., etc.

Cette lettre reçut la réponse que voici :

" Université Laval, 20 octobre 1862.

" Messieurs,

" J'ai l'honneur d'accuser réception de votre lettre du 17 " courant, par laquelle vous me témoignez le désir d'avoir " par écrit la réponse que je vous ai donnée moi-même, à " Montréal.

" Je ne puis aujourd'hui que vous exprimer de nouveau le " regret que nous éprouvons de ne pouvoir accéder à votre " demande d'affiliation.

" En entrant dans la considération du principe des détails " des rapports à établir entre les deux Facultés, pour obvier " à tous les inconvénients présents et futurs, nous avons vu " surgir de si nombreuses difficultés que nous n'oserions " pour le présent nous engager dans cette voie.

" E. A. Taschereau, Ptre., Rec. U. L.

Comme l'Université Laval ne voulait pas accorder d'affiliation aux Institutions enseignantes de Montréal, Sa Grandeur Mgr Bourget fit des démarches, en 1862 et 1865, auprès de la cour de Rome pour l'établissement d'une Université à Montréal.

Rome répondit : *Non expedire.*

Le premier Concile de Québec, en 1851 et plus tard le troisième Concile de Québec, en 1866, formulèrent ce décret : *Nihil vero nobis non emoliendum erit, ut catholici, sua jura retinentes, scholis sibi propriis sicut collegiis Universitatibus in tota nostra provincia fruantur.*

En 1870, l'Université Laval a proposé d'établir une espèce de succursale à Montréal. Mais il faut bien le remarquer : "*L'évêque demeurait aussi étranger dans la succursale que l'Université consentait à faire à Montréal qu'il l'est au corps universitaire qui est à Québec.*" (Lettre de Mgr de Montreal à Mgr l'archevêque de Québec, en date du 21 novembre 1872.)

Montréal n'avait que faire d'une telle succursale !

En 1872, les RR. PP. Jésuites, sur l'instance de Mgr Bourget, s'adressèrent au gouvernement pour obtenir le privilège de donner des grades universitaires.

L'Université Laval s'y opposa, sous prétexte que l'on ne pouvait en conscience, et sans désobéir au Saint-Siége, voter en faveur de ce projet.

Cependant, précédemment Sa Grandeur Mgr Bourget avait demandé à Son Eminence le Cardinal Préfet de la Propagande s'il lui serait permis de revenir à la charge, et Son Eminence lui avait répondu qu'il avait là-dessus toute liberté. Bien plus, " Son Eminence a répondu que non-seulement on pouvait, mais que *sans aucun doute on devait insister pour obtenir cette Université.*" (Lettre de Mgr de Montréal à Mgr l'Archevêque de Québec, en date du 21 novembre 1872.)

Néanmoins, l'Université Laval s'objectait, et M. le Recteur Hamel alléguait pour motif "les dépenses énormes pour l'installation convenable de l'institution."

De nouvelles instances furent faites auprès du Saint-Siége, et le 28 juillet 1874, la Sacrée Congrégation de la Propagande a *permis* et même *ordonné* l'établissement d'une Université Catholique à Montréal.

Voici ce décret, écrit en langue LATINE :

TRADUCTION.

Les rapports présentés jusqu'à ce jour à cette Sacrée Congrégation touchant la nécessité d'ériger une Université Catholique dans la ville de Montréal, montrent assez clairement que les raisons, qui militent en faveur de l'érection de cette même Université, ne manquent pas d'avoi un grand poids. En effet, tandis que d'un côté il est clair que l'absence de cette institution dans la ville de Montréal entraîne pour le diocèse de très-graves inconvénients, d'un autre côté, les remèdes proposés jusqu'à ce jour pour parer à ces inconvénients semblent être tout-à-fait insuffisants. Mais la Sacrée Congrégation à différé de se rendre aux instances de l'Illustrissime Evêque de Montréal, parce que, préoccupée comme elle l'est de la conservation et de la prospérité de l'Université Laval, la Congrégation désire que l'affaire s'arrange de telle manière, que l'érection de la nouvelle Université ne cause à cette illustre Institution sinon aucun détriment, du moins aucun détriment considérable.

La Sacrée Congrégation ayant tout dernièrement consideré cette question avec tout le soin et le zèle possible, a *clairement* compris qu'il était facile d'empêcher que l'érection de la nouvelle Université nuisît à l'Université Laval, si les deux Universités étaient constituées de manière à ce qu'elles eussent les mêmes règlements, employassent les mêmes moyens et la même méthode, et qu'ainsi, il n'y eût entre elles aucune différence pour ce qui concerne tant l'enseignement des diverses facultés, que la durée des études ou les examens, récompenses, degrés académiques et autres points, qui regardent les universités régulièrement constituées. Alors, il n'y aura pas de raison pour que les jeunes gens soient attirés vers l'une de préférence à l'autre ; et de cette manière, l'Université Laval n'aura nullement à craindre que la jeunesse de Québec ou des Diocèses voisins préfèrent fréquenter l'Université de Montréal.

Or, pour que chacun des points énumérés ci-dessus soient bien réglés, et qu'une fois réglés ils soient religieusement observés, on devra établir un Conseil auquel on conférera et qui exercera la direction suprême des deux Universités ; et ce Conseil devra se composer de tous les Evêques de la Province ecclésiastique, sous la présidence de l'Illustrissime Archevêque : dont les attributions seront d'abord de dresser des règlements, de tracer la méthode et le plan d'études pour les deux Universités ; puis de veiller à ce que des deux côtés on s'applique sérieusement et activement à les suivre.

Ce Conseil pourrait de plus avoir le droit de nommer et de renvoyer les Recteurs et Professeurs des deux Universités, d'examiner et d'approuver les recettes et dépenses et de faire tout ce qui paraît devoir être réservé à ce Conseil Episcopal pour établir des règlements. Et, bien qu'il convienne que les intérêts temporels des deux Universités restent entièrement dis-

tincts, et soient administrés séparément, les Evêques devront cependant donner tous leurs soins, à ce que, sous le rapport temporel, les deux institutions soient également prospères.

Du reste, comme la Sacrée Congrégation sait très bien, quelles grandes dépenses le Séminaire de Québec a encourues pour la fondation et encore présentement pour subvenir annuellement aux dépenses nécessaires de l'Université Laval, et comme on peut à peine supposer que cette même Université n'éprouve point quelque perte, par suite de l'érection de la nouvelle Université, il est grandement à désirer que les Evêques songent au moyen d'alléger, pour le dit Séminaire de Québec, une aussi lourde charge.

Ce qu'il y a à faire après tout ceci, c'est que Votre Grandeur, après avoir pris conseil des autres Evêques de la Province ecclésiastique, me fasse connaître son avis sur tous ces points le plus tôt possible, afin que toute l'affaire soit soumise au jugement des Eminentissimes Pères de cette Congrégation.

En attendant, je prie Dieu de vous accorder une vie longue et prospère.

Collége de la Propagande à Rome, le 28 Juillet 1874.

De Votre Grandeur,

Le frère très-dévoué,

Alex. Card. Franchi, Préfet.
Jean Siméoni, Secrétaire.

Comment ce Décret de 1874 ne fut-il pas mis à exécution ? Si nous racontions tout ce qui s'est passé, nous verrions là encore l'œuvre de l'Université Laval, qui veut, en dépit de tout, empêcher Montréal de posséder son université indépendante. Mais laissons parler les faits.

En 1876, l'Université Laval obtint d'ériger une succursale à Montréal par un Décret, écrit en langue *italienne*, (1) émané par la Sacrée Congrégation de la Propagande.

En apprenant que, par le Décret de 1876, l'Université Laval allait s'établir à Montréal, les Evêques de la Province de Québec s'émurent profondément à la pensée des difficultés sans nombre, qu'un tel établissement ne manquerait pas de susciter de toutes parts. Nos Seigneurs les Evêques, par l'entremise de Monseigneur des Trois-Rivières, présentèrent à la

(1) La langue officielle de la Cour de Rome est la langue latine.

Sacrée Congrégation de la Propagande, le 5 Février 1877, un Mémoire dans lequel leurs craintes à ce sujet étaient respec tueùsemeut soumises. Avant de quitter Rome, Monseigneur des Trois-Rivières adressait une lettre à Monseigneur Agnozzi, alors secrétaire de la Propagande, lui donnant copie d'une lettre de Monseigneur Fabre à Mr. le Chanoiue Lamarche, dans laquelle Sa Grandeur expose l'impossibilité de former une succursale de Laval à Montréal. Voici comment Monseigneur Fabre, alors Coadjuteur de Monseigneur Bourget, et depuis Evêque de Montréal s'exprimait :

Mon cher Chanoine,

Je viens d'écrire à Monseigneur Laflèche, (l'Evêque des Trois.Rivières,) pour le prier de ne pas quitter Rome avant d'avoir bien terminé son affaire. *Faites tout au monde pour que l'on n'urge pas la fondation d'une succursale de Laval à Montréal.* Vous savez que d'après le Décret, on ne peut qu'affilier les écoles qui existent déjà. Il faudrait donc, pour la Médecine fonder une quatrième école. Pour cela, il faut des fonds : or il est certain que lors même que l'Evêque de Montréal serait un ami intime de l'Université, il ne réussirait pas à collecter cent piastres pour cette œuvre.

Car le clergé et les citoyens instruits ne mettraient aucun zèle à une pareille entreprise. De plus, lors même que l'Evêque persisterait à fonder une succursale, il ne pourrait pas trouver d'élèves. Car d'après le Décret, il faut que les élèves paient aussi cher qu'à Québec......

Montréal 3 Septembre 1876.

signé + EDOUARD CHARLES
Ev. de Gratianopolis. (1)

Ce Décret comportait spécialement que, " comme il est évi-" demment impossible de la part de Laval d'*accorder l'affilia-" tion* aux dites écoles............... il ne se présente pas d'au-" tre expédient que celui d'*établir à Montréal une succursale* de " l'Université Laval."

Le 15 mai 1876, Sa Sainteté Pie IX érigea canoniquement

(1) Plus tard, pendant les négociations qui avaient lieu, sur les instances de Mgr Conroy, entre l'Ecole de Médecine et l'Université Laval, S. G. Mgr Fabre se rendit chez M. le Dr Trudel, le Président de l'Ecole, et lui dit en présence de M. le chanoine Dufresne : Nous avons fait tout ce qui était possible pour s'entendre avec l'Université Laval, maintenant nous allons travailler pour Montréal.

l'Université Laval par des Lettres Apostoliques, où il recon nait que " la Souveraine de la Grande-Bretagne, la Reine " Victoria, a depuis longtemps *doté et enrichi l'Université d'une* " *Charte renfermant les plus amples privilèges et* A LAQUELLE " NOUS NE VOULONS DÉROGER EN RIEN (1) ; et comme Sa Majesté " a laissé à la même institution l'entière liberté de se gou- " verner elle-même, Nous sommes heureux, d'après l'avis " de nos Vénérables Frères, de *combler d'éloges mérités*, pour " les raisons données ci-dessus, *Sa Majesté la Reine*, le gou- " vernement Fédéral et *celui de la Province de Québec.*"

Cependant, malgré les protestations de Sa Grandeur Mgr Fabre, et le Mémoire de NN. SS. les Evêques, en date du 5 février 1877, Mgr Conroy, Délégué Apostolique, vint en Canada, et c'est sous son influence que Sa Grandeur Mgr Fabre, l'Université Laval représentée par M. le Recteur Hamel, et l'Ecole de Médecine en vinrent à une entente, signée de part et d'autre à Montréal le 15 décembre 1877.

Néanmoins, c'était à contre-cœur que M. le Recteur Hamel signait cette entente, puisqu'il déclara lui-même qu'il préférait ne pas voir entrer l'Ecole dans la succursale de l'Université Laval.

Bientôt des difficultés sans nombre et de la plus haute importance surgirent entre l'Université et l'Ecole; et les choses allèrent toujours de mal en pire, parce que l'Université Laval, voulant tout accaparer, ne respectait pas les conditions de son contrat d'union avec l'Ecole. Ceci est tellement le cas que M. le Recteur Hamel écrivait en date du 12 juin 1878 :

« Je sais bien que l'Ecole a obtenu de *conserver son organi-* « *sation intérieure par un contrat privé* avec Monseigneur de « Montréal............ Depuis le 15 décembre dernier, *je n'ai*

(3) M. l'abbé Chandonnet prétend que cette traduction de la Bulle d'érection canonique faite par l'Université Laval est fausse, et qu'il aurait fallu dire : " *et à laquelle nous voulons qu'il ne soit dérogé en rien.*"

Quant à nous, nous acceptons volontiers les deux traductions, pourvu que l'Université Laval ne déroge pas à sa Charte Royale, comme le veut expressément le Saint-Siège.

« *plus eu rien à faire avec l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de* « *Montréal, laquelle pour moi n'existait plus que comme simple* « *organisation et comme* MENACE. »

Or c'est là précisément ce que l'Ecole ne pouvait sacrifier, savoir : son organisation intérieure.

Après avoir porté plainte à Sa Grandeur Mgr Fabre sur le fait que les conditions écrites n'étaient pas observées par l'Université Laval, l'Ecole de Médecine réitera sa plainte dans un mémoire en date du 21 mai 1878, à NN. SS. les Evêques réunis en Concile à Québcc.

NN. SS. les Evêques de la Province de Québec répondirent que « le règlement de ces difficultés n'entre point dans les « attributions du Conseil supérieur établi par la Bulle d'érec- « tion canonique de l'Université Laval. » — (Lettre de Mgr E. A Taschereau au Président de l'Ecole le 27 mai 1878.)

Les difficultés augmentèrent avec le temps, au point que l'on fit tout en son pouvoir pour amener les Religieuses de l'Hôtel-Dieu à chasser l'Ecole de leur hopital. Mais les Religieuses, assurées qu'elle ne pouvaient commettre une semblable injustice sans attirer sur leur institution le mépris des âmes honnêtes et les punitions de Dieu, refusèrent constamment de se rendre à de telles sollicitations et à d'aussi indignes conseils.

Le 2 juin 1879, l'Université Laval, dans le but de se débarrasser de l'Ecole, posa *un ultimatum* qui eut le résultat qu'elle en attendait.

M. le Recteur Hamel suggéra alors *à ses professeurs* de s'adresser aux Religieuses de l'Hôtel-Dieu pour en obtenir l'entrée. Mais ces Révérendes Dames leur répondirent le 18 juillet 1879, qu'ils avaient cessé d'avoir le droit de continuer leurs soins médicaux dans leur hopital. Et voilà !

Au mois d'août 1879, M. le Recteur Hamel prétendait devant un comité composé de membres du Parlement de Québec, qu'*il n'y a point de différence entre une succursale et une affiliation*, que c'est faire *une querelle de mots* que de vouloir distinguer entre ces deux choses. Ceci avait pour but de faire

nommer au Bureau Provincial de Médecine deux représentants de la succursale de Laval au détriment des médecins du district de Montréal.

Toutes ces difficultés pendantes entre l'Université Laval et l'Ecole de Médecine ne pouvaient se juger que par les deux tribunaux religieux et civil. Aussi M. le Dr d'Orsonnens partit-il pour l'Europe, et il se rendit à Rome le 12 novembre 1879, où il prépara un mémoire et institua la cause devant le très-haut tribunal de la Sacrée Congégation de la Propagande.

A Rome, M. le Dr d'Orsonnens rencontrait des négations persistantes lorsqu'il prétendait que la Charte Royale n'autorisait point ce que Laval tentait de créer et de consolider à Montréal.

Il fallait élucider ce point.

Le 20 juillet 1880, Sir Farrer Herschell, solliciteur-général et avocat de la Couronne en Angleterre, donna par écrit son opinion légale, établissant que l'*Université Laval à Québec n'est pas autorisée par la Charte à s'établir ailleurs qu'à Québec.*

Le 17 juillet 1880, Sir Alexander Campbell, faisant fonctions de ministre de la justice à Ottawa, chargé de faire un rapport sur une lettre concernant plusieurs questions de droit sur le pouvoir que l'Université Laval possède par sa charte, répondit que *les tribunaux civils seuls* peuvent déterminer d'autorité la position légale de l'Université Laval et prononcer sur ses droits.

Le 4 novembre 1880, Sa Grandeur Mgr Taschereau et autres adressent à Sa Majesté la Reine Victoria une pétition, dans laquelle ils affirment que, « *si les cours ouverts à Montréal* « *portent le nom de succursale de l'Université Laval, ce titre n'est* « *employé que pour une plus grande commodité, etc.*» Les pétitionnaires en outre « supplient humblement Votre Majesté de vouloir bien *ajouter* aux attributions déjà clairement définies dans la Charte Royale de 1852, *telle clause* que Votre Majesté croira *opportune*, à l effet de *dissiper tous les doutes.*» (1)

(1) Voir les documents officiels, page 9, publiés par ordre du gouvernement d'Ottawa. Il est à remarquer que ces documents officiels diffèrent

Le 7 janvier 1881, le Cardinal Siméoni écrivait au Recteur de l'Université Laval *qu'il avait confiance que ces difficultés seront levées et qu'après les avoir surmontées, l'Université jouira d'une tranquillité stable.*

Le 20 janvier 1881, le comte de Kimberley, secrétaire d'état pour les colonies, dit qu'il n'est pas convaincu " qu'il « puisse bien conseiller à la reine *d'accorder à l'Université « Laval la charte qu'elle demande ;* et que, d'ailleurs, il ne lui « parait pas nécessaire de décider ce point à présent, parce « qu'*il ne serait pas convenable d'inviter Sa Majesté à intervenir* « quand la question des pouvoirs de l'Université Laval va être « soumise à la décision d'un tribunal civil.»

Le 9 février 1881, le Cardinal Siméoni écrivait à Mgr l'Archevêque de Québec que le Cardinal Manning " a aussi " exprimé ses offres de services, et est prêt à recevoir toutes " les informations que vous voudrez bien me transmettre, et " *à donner son appui à votre demande si vous jugez à propos de " la renouveler.*"

Toutes ces démarches de la part de l'Université Laval pour obtenir un amendement à sa charte prouvaient surabondamment qu'elle reconnaissait avoir excédé les pouvoirs, priviléges, franchises et prérogatives que lui conférait sa Charte Royale de 1852. Aussi l'Honorable Procureur-Général de la Province de Québec, pour et au nom de Sa Majesté la Reine Victoria, a sommé le 14 avril 1881 " *Le Recteur et les membres de l'Université Laval* " de comparaître devant les tribunaux civils pour démontrer, justifier et établir en vertu de quel droit, prérogative ou autorité elle a établi une succursale des facultés universitaires de droit, de médecine et de chirurgie en la Cité de Montréal.

Le 9 avril 1881, une requête fut signée par Sa Grandeur Mgr Tachereau et autres pour être présentée aux trois branches de la Législature Provinciale, où il est dit :

---

notablement de ceux que publie l'Université Laval dans l'appendice de ses " Questions" page 33.

" Que, en l'année 1852, Sa Majesté la Reine accorda gracieu-
" sement aux directeurs du Séminaire de Québec des lettres
" patentes pour l'érection d'une université *avec les droits et*
" *les privilèges les plus amples*"............ et " qu'il soit permis
" (à l'Université Laval) de multiplier leurs chaires d'enseigne-
" ment dans les limites de la Province de Québec, *si besoin il*
" *y a*, et de passer une loi à cet effet."

Tel est l'historique de la question.

Quelles sont les conclusions à tirer de cet exposé des faits ?

1° L'Université Laval n'a jamais été une université *Provinciale,* puisque le 27 avril 1852, Mgr l'Archevêque de Québec dit qu'elle ne portera pas le titre de Provinciale ; puisque l'Indult de Sa Sainteté Pie IX ne l'autorise à conférer les grades théologiques qu'aux seuls élèves du Séminaire de Québec.

L'Université Laval se prétend Université Provinciale ! Mais qui donc lui a confié ce droit ? Est-ce sa charte ? — Qu'elle l'exhibe alors ! Sont-ce les Evêques ? — Qu'elle fasse connaître cette pièce de l'épiscopat canadien ! — Est-ce Mgr l'Archevêque qui la fonda ? — Qu'elle détruise la lettre dans laquelle cet Archevêque établit le contraire ! Est-ce elle-même ? — Alors, qu'elle déchire ses déclarations antérieures !

2° Plusieurs universités catholiques peuvent être fondées dans la Province de Québec, puisque M. le Recteur Taschereau conseillait le 4 juin 1859 d'avoir un peu de patience, disant que le tour de Montréal viendra ; puisque " dans le
" *premier concile de Québec,* comme depuis, il a toujours été
" entendu, et l'Université Laval en est convenue, qu'*il*
" *pourrait y avoir*, *dans la Province*, *plusieurs Universités catho-*
" *liques.* Aussi, les Evêques d'Ottawa et de Kingston, *en*
" *s'adressant seulement au gouvernement*, en ont-ils demandé
" et obtenu chacun une. Ces faits parlent bien haut ; aussi
" serait-ce peine perdue que de s'arrêter à les faire ressortir."

3° Que Rome ne s'est jamais opposé à l'établissement d'une université catholique à Montréal, puisque Son Eminence le Cardinal Préfet de la Propagande écrivit à Mgr Bourget que

" *sans aucun doute, on devait insister* pour obtenir cette université ; puisque la Sacrée Congrégation de la Propagande a elle-même *ordonné* l'établissement d'une université catholique à Montréal."

4o Que l'Université Laval, au contraire, s'est toujours opposée à la fondation d'une université catholique à Montréal par pur motif *d'argent*, comme l'a avoué M. le Recteur Hamel le 5 novembre 1872 au R. P. Recteur du Collège Ste Marie, et comme l'a avoué le Rév. M. Hamel, ex-Recteur, devant le comité des bills privés.

5o Que l'Université Laval ne voulait pas accorder d'affiliation aux institutions enseignantes de Montréal, malgré les instances de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, comme on peut le constater dans la lettre de M. E. A. Taschereau en date du 20 octobre 1862.

6o Que l'Université Laval ne voulait fonder à Montréal qu'une succursale, comme on peut s'en convaincre par l'offre qu'elle en fit en 1870, et par ce qui est survenu depuis.

7o Que le Décret du 1er février 1876 dit qu'il est évidemment impossible d'accorder *l'affiliation*......... qu'il n'y a pas d'autre expédient que d'établir *une succursale ;* que, cependant M. le Recteur Hamel prétend que le *St. Siége jouait sur les mots* en faisant cette distinction, parce qu'il n'y avait pas de différence entre *affiliation et succursale ;* que Mgr Taschereau affirme toutefois que le mot *succursale* n'est employé que pour une plus grande *commodité*. Lequel croire des trois ?

8o Que la passation de ce bill est une affaire purement civile, puisque Mgr Taschereau lui-même s'est adressé à la Reine pour faire ajouter à la charte telle clause qui serait opportune ; puisque Mgr Taschereau, de plus, s'adresse à la Législature Provinciale pour en obtenir la multiplication des chaires d'enseignement de l'Université Laval, *si besoin il y a.*

9o Que le St. Siége n'a jamais déclaré qu'il fallait s'adresser à la Législature Provinciale pour faire adopter un tel bill, puisque le Cardinal Siméoni lui-même ne fait qu'offrir les services du Cardinal Manning dans le cas où Mgr Taschereau *jugerait à propos de renouveler sa demande* en Angleterre.

10° Que l'Université Laval agissait contre l'esprit et la lettre du Décret, puisque Mgr Taschereau avoue que le mot *succursale* n'est employé que pour *une plus grande commodité* et que M. le Recteur Hamel dit que le *Décret jouait sur les mots* en établissant une distinction entre *succursale et affiliation.*

11° Que l'Université Laval agit contre la Bulle de Sa Sainteté Pie IX, qui veut qu'il ne soit dérogé en rien à la Charte Royale, lorsqu'elle demande la multiplication de ses chaires d'enseignement, puisque le Saint-Père reconnait que la *charte Royale renferme les plus amples priviléges ;* puisque Sa Sainteté *comble d'éloges mérités Sa Majesté la Reine*, pour les raisons données ci-dessus ; puisque Mgr Taschereau reconnait devant la Législature, que les lettres patentes dotent l'*Université des droits et des priviléges les plus amples* ; puisqu'enfin Sa Sainteté Pie IX a aussi *comblé d'éloges mérités le gouvernement de la Province de Québec*, pour les raisons données ci-dessus.

12° Que l'Université Laval n'a pas le droit d'établir de chaires d'enseignement ou de succursale dans la Cité de Montréal, puisqu'elle-même s'est adressée à Sa Majesté la Reine pour obtenir ce privilége, et puisque, après avoir essuyé un refus en Angleterre, elle s'adresse maintenant à la Législature Provinciale pour pouvoir le faire.

13° Que la Législature Provinciale ne peut législater sur cette question, puisque Sir Alexander Campbell dit que les tribunaux civils seuls peuvent prononcer sur les droits de l'Université Laval ; puisque le Secrétaire d'Etat pour les colonies prétend qu'il ne peut conseiller à la reine d'accorder à l'Université Laval la charte qu'elle demande.

14° Que toute intervention de la part de la Législature provinciale serait inconstitutionnelle, puisque le secrétaire d'Etat pour les colonies affirme qu'il ne serait pas convenable d'inviter Sa Majesté à intervenir quand la question des pouvoirs de l'Université Laval va être soumise à la décision d'un tribunal civil ; puisque, de plus, Sa Majesté, par et de l'avis et

du consentement de la Législature de Québec ne peut intervenir dans une cause qu'Elle a Elle-même fait intenter en Cour de Justice par l'Hon. procureur-général contre le Recteur et les membres de l'Université Laval *pour revendiquer ses prérogatives royales.*

15° Que la Législature de la Province de Québec doit rejeter le bill soumis par l'Université Laval.

" Avant de terminer, il me reste à vous faire observer " qu'après tous les essais qui ont été faits. *on ne réussira* " *jamais à attirer à Québec les Etudiants en Droit et en Méde*- " *cine de Montréal.* Une université à Montréal les sauverait, " *sans nuire à Laval,* qui aura toujours son nombre d'élèves " fournis par les institutions qui lui sont affiliées. D'ailleurs " n'y aurait-il pas pour Laval plus de bénédiction à laisser " s'établir une institution qui est jugée nécessaire, que de s'y " opposer, *au risque de faire un mal incalculable ?*

† IG. Evêque de Montréal.

" Je ne vois donc pas quelles raisons valables on pourrait sérieusement alléguer pour refuser à ces nombreux étudiants les avantages que l'on a accordés avec tant de facilité à ceux d'Ottawa et de Kingston, et *pourquoi la plus importante ville du pays serait la plus maltraitée sous ce rapport.*

" Il me semble que l'on *s'exagère le tort* qui en pourrait résulter pour l'Université Laval. Il y a déjà à Montréal tout ce qu'il faut pour cette fondation et surtout les élèves ; et l'institution pourrait très bien fonctionner de suite sans avoir à faire de sacrifice pour alimenter ses cours. D'ailleurs on ne voit pas pourquoi les Etudiants de Québec feraient différemment de ceux de Montréal et ne continueraient pas à aller chercher leur intérêt où il se trouve, c'est-à-dire chez eux. *Il me semble donc raisonnable de croire que la fondation d'une Université Catholique à Montréal* n'aura pas pour effet de diminuer sensiblement le nombre des élèves de l'Université Laval ; qu'il en sera après comme avant ; que chacun ira où il se trouvera avoir le plus d'avantage et de facilité pour faire ses cours."

† L. F., Evêque des Trois-Rivières.

Dénégation et Explication.

Dans les dernières lettres de NN. SS. les archevêque et évêque publiées dans les journaux, les allusions répétées au délégué à Rome de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal me forcent de ne pas garder plus longtemps le silence, pour empêcher l'effet calculé par ces correspondances lancées dans la presse pour préjuger l'opinion publique et empêcher la lumière de se faire sur la grave question du jour.

D'abord je ferai connaître que celle de Mgr Fabre, en date du 20 mai dernier, a été écrite à Québec par M. Méthot, Recteur de l'Université Laval et envoyée par Sa Grâce l'archevêque de Québec à Mgr Fabre avec instante prière de la signer avec hâte et de la publier. C'était donc tout simplement prendre le moyen d'extorquer subrepticement en chambre le bill de Laval en cherchant de plus à en imposer à la conscience publique, tout en lui donnant à croire que la question était bien et dûment réglée à Rome, et que le défenseur de l'Ecole, tout en ayant eu l'odieux de plaider sa cause en l'absence de représentant de l'Université Laval, n'avait pas été même écouté.

Pas de représentant de Laval à Rome ? Pourquoi donc M. Lesage, secrétaire de Mgr Fabre, écrivait-il alors à un membre de sa famille : " Nous sommes à Rome depuis...... et il nous faut attendre le Dr. d'Orsonnens." Pourquoi Mgr Fabre a-t-il eu, dans la ville sainte, tant de conférences avec ce dernier pour tâcher de régler cette affaire universitaire ? Pourquoi un cardinal lui a-t-il conseillé d'en venir à une entente et de ne pas se rendre odieux ainsi à son diocèse ? Pourquoi enfin l'évêque Fabre est-il revenu les mains vides de Rome ? Si cette délégation du Dr. d'Orsonnens a été si stérile, pourquoi cette requête des évêques à la reine qui n'a pas eu de succès ? Pourquoi cette démarche nouvelle auprès de la législature ? Pourquoi cet aveu naïf que le St. Siège a manifesté clairement son désir que les doutes soulevés au sujet de l'existence de la succursale fussent levés ?

Après avoir ainsi cherché à concilier les choses, et à les régler à l'amiable, à Rome même, sous le contrôle de différents cardinaux de la Propagande, et n'ayant pu rien arrêter avec Sa Grandeur, j'adressai mon Mémoire à la S. Congrégation de la Propagande, et le Cardinal-préfet m'en fit remettre un très grand nombre de copies, me disant qu'il en enverrait une aussitôt à l'archevêque de Québec et aux autres évêques de la province ecclésiastique de Québec, en les informant que le procès était devant le tribunal de la S. Congrégation de la Propagande.

A-t-on jamais répondu un mot à ce Mémoire ? Non, parce qu'il ne contenait que l'histoire des faits, appuyée des documents, et que les conclusions en étaient trop rigoureusement logiques. Le jugement a-t-il été rendu depuis ? Non ! La question n'est donc pas encore réglée à Rome et y est encore pendante. Pourquoi donc Laval, au lieu de se faire autoriser par la législature, n'attend-elle pas le jugement de Rome ?

Enfin à cette première lettre de Mgr Fabre qui semblait devoir faire l'effet désiré par ses auteurs, Mgr Bourget consulté sur les obligations de conscience qu'elle pouvait imposer ne put s'empêcher de répondre comme Sa Grandeur l'écrit Elle-même dans le *Monde* du 19 courant : " Ce que j'ai dû faire enfin et ce que j'ai fait avec toute la prudence possible, ça été d'éclairer certaines consciences, quand je me suis convaincu qu'on les égarait, en leur représentant comme obligations de conscience ce qui n'en était pas."

Il n'est jamais bon de jouer avec des armes dangereuses, cette imprudence cause souvent la mort !

Aussi, par ces moyens, au lieu de tuer l'Ecole de Médecine on a fait surgir pour elle un puissant défenseur. La population catholique a entendu avec bonheur cette voix calme du juste, et les yeux ouverts désormais sur toutes les démarches employées par Laval pour s'implanter à Montréal, comme un torrent rapide elle vient sans cesse par des requêtes, de toutes les localités, prier la législature de ne pas se rendre à la demande de Laval.

Risum teneatis amici! Le plus curieux, après tout celà, c'est de voir l'archevêque de Québec venir à son tour avouer, aussi publiquement, que ce n'est pas un schisme ni une hérésie de différer d'opinion avec Laval ou de s'opposer à sa requête ! Tous ces écrits, ne servent que notre cause et la Divine Providence amène ainsi tous les évènements pour protéger Montréal. Bénissons-la !

Mais quelques mots encore pour finir.

Ce reproche si injuste de l'archevêque de Québec qui, dans sa lettre, compare l'Ecole aux *communeux* force encore Mgr Bourget à relever cette fausse accusation, son témoignage peut-il être suspect ? D'ailleurs qui oserait confondre une communauté religieuse avec une corporation, créée par un pouvoir protestant, et composée de professeurs qui professent des théories comme celle de l'influence indue ?

Et les hommes aux idées les plus avancées ne sont-ils pas tous des amis et des soutiens de Laval ?

Qu'il est regrettable que l'Université Laval n'ait pas imité la sage conduite de l'Ecole de Médecine qui, voyant la charte, le décret et la bulle canonique, et les voyant tous violés, a signifié à Laval qu'elle garderait le *statu quo* jusqu'à ce que Rome, à qui elle allait en appeler réglât la chose d'une manière solide et définitive, promettant d'avance de s'y conformer.

Ce n'était alors qu'un *projet*, à l'exécution duquel les évêques en union avec Laval devaient travailler sur certaines bases définies dans le décret de Rome de 1876.

En attendant ainsi, il n'y aurait rien eu en souffrance, puisque Montréal avait son Ecole et Québec son Université. Que de scandales et de désagréments auraient ainsi été évités !

Par suite de cette précipitation, Laval a désobéi à Rome en formant de nouvelles écoles à Montréal, et a dérogé ainsi à sa charte impériale !

Laval a désobéi à Rome en cherchant à détruire l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qu'elle devait en se

l'unissant empêcher de continuer à rester affiliée à une Université protestante et que la charte lui permettait de s'affilier; ce que l'Ecole avait déjà demandé et qui lui avait été refusé.

Laval a désobéi à Rome en menant ses prétendus élèves dans un hôpital protestant et leur faisant suivre en conséquence les cours d'une Université protestante.

Laval a désobéi à Rome par les correspondances qu'elle a fait mettre dans les journaux, (et dont elle n'a recueilli que le mal que lui prédisait Rome.)

Laval a extorqué des subsides de la législature, pour le soutien d'un hôpital et de facultés sans aucune existence légale.

Laval occupe, on ne sait à quel titre, les vieilles bâtisses du gouvernement, vis-à-vis l'Hôtel-de-Ville, rue Notre-Dame.

Laval a encore un mobilier de provenance suspecte.

Voilà toutes les amères conséquences pour elle de n'avoir pas suivi une voie droite !

Le public ne peut s'empêcher de porter son jugement sur les débats que cause la question universitaire ainsi traînée devant lui—les lettres de NN. SS. les évêques lui montrent en effet son Ordinaire sous la dépendance de Laval qui a osé même lui dire un jour par son Recteur M. Hamel, qu'il n'avait rien à voir dans les affaires de l'Université Laval.

Celle de Mgr Bourget qui ne craint pas de dire la vérité et de soutenir la justice. Je m'abstiens de commentaires sur celles de l'archevêque de Québec, ces lettres le caractérisent.

Enfin que penser, que dire, de l'aveu de M Hamel, en réponse à une demande de M. Taillon, au comité, et qui réduit ses arguments en faveur de Laval à une seule question d'argent, dans une affaire aussi grave tant sous le rapport de la religion que celui de la haute éducation !

Mais enfin quel parti prendre après toute cette tempête ? Le plus sage et le plus raisonnable, et le seul qui puisse donner un résultat définitif, ne serait-il pas celui de la temporisation, c'est-à dire l'abstention de la Législature Locale,

jusqu'à ce que les tribunaux civils auxquels nous en réfèrent les autorités impériales elles-mêmes en aient décidé et que Rome aussi se soit prononcé ! Car nous tous, ne devons nous pas respecter la loi et le St. Siège ? Pour nous au moins, Professeurs catholiques, nous voulons travailler en paix et avec émulation sous l'égide de cette double autorité que ne saurait jamais méconnaître un bon citoyen.

Par cette abstention encore, les membres du parlèment n'y gagneraient-ils pas eux-mêmes, en respectant l'opinion publique si énergiquement exprimée !

THOS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

COMMUNICATION

"Université Laval"

Un Catholique peut-il et doit-il s'opposer au Bill relatif à l'Université Laval qui est aujourd'hui devant le Parlement de la Province de Québec ? Telle est la question qu'avec beaucoup d'autres je me suis posée depuis que ce projet est connu du Public, et pour la solution de laquelle j'ai réuni quelques faits et reflexions.

I.

1° Je fais l'extrait suivant de la décision rendu le 1er Février 1876 par la S. C. de la Propagande "*Mens est*, que l'on écrive à l'Archevêque de Québec une lettre dans laquelle on lui dise que........ comme il est évidemment impossible de "la part de Laval d'accorder l'affiliation aux dites écoles "(de droit et de médecine)... afin de pourvoir cependant à la "nécessité énoncée plus haut, il ne se présente pas d'autre "expédient que celui d'établir à Montréal une *succursale* de "l'Université Laval."

2° L'Archevêque et les Evêques (tous ?) de la Province, dans leur pétition à la Reine le 23 Octobre 1880, déclarent

que ce qui existe à Montréal sous le nom d'Université Laval n'est pas à proprement parler une *succursale*. Citons : " your " faithful subjects the Roman Catholic Archbishop and Bi- " shops of the Province of Quebec humbly expose that though " the courses given in Montreal bear the name of *succursale* " *of Laval University*, this title is *only used for greater con-* " *venience*, etc "

3o L'Archevêque et les Evêques (pas tous cette fois, bien que les signatures des Evêques aient été certifiées par l'Archevêque dans les mêmes termes que dans la pétition à la Reine) s'adressent à la Législature de Québec pour faire autoriser Laval à *multiplier* ses chaires dans toute la Province. Dans l'espèce, comme il n'y a que deux modes de *multiplication* : l'affiliation et la succursale, et que la Charte Royale concède le droit d'affiliation, on ne peut entendre ici que la multiplication par voie de *succursale* qu'on n'ose pas nommer, sans doute parce qu'on a encore fraiche à la mémoire la réponse négative reçue d'Angleterre et qu'il y a sur ce même point un procès pendant devant les Cours de Justice. Or, soit dit en passant, en face de ce refus et du fait que les Cours sont saisies de cette question est-il constitutionnel, est-il au moins convenable de s'adresser au Parlement de Québec ? Je laisse à d'autres de répondre ; je me contente de rapprocher ces trois faits : Le St Siège ordonne une *succursale*—les Evêques déclarent qu'il n'y a *pas de succursale*—les Evêques demandent une *multiplication*. Qui trompe ? qui joue sur les mots ? Ne pourrait-on pas y mettre un peu de franchise ? Quand on ne sait exprimer sa volonté, a-t-on le droit de l'imposer aux autres ?

II.

Le St Siège a décrété une *succursale* à Montréal en 1876 avant que la Charte eût été invoquée contre elle. C'est vrai. Mais depuis ce temps qu'est-il intervenu ? Rien que nous sachions. Aucun document fesant loi pour les consciences n'a été produit, aucune décision n'a été prise, aucun décret n'a été émis : disons plus, aucun ne le sera tant que le droit

de succursale ne sera pas légalisé. Rome est trop sage pour s'exposer à venir se heurter contre la volonté de la Souveraine ou les décisions de la Justice ou pour prévenir la législation du pays. Nous n'avons nulle objectiou' à admettre que c'est le désir du Cardinal Préfet, que la volonté de la Souveraine, les décisions des Cours et la Législature soient favorables à la Succursale ; mais ce désir d'un ou de plusieurs Cardinaux ne fait pas une loi, ne crée pas une obligation de conscience.

2° Mais voici un point capital que les amis de Laval, et en particulier Mgr. l'Archevêque, semblent oublier : c'est que le Bill qu'on demande aux Chambres et pour lequel on invoque Rome, son autorité, notre grave devoir de conscience, donne à Laval droit de succursale dans *toute la Province.* Or jamais Rome n'a décrété rien de pareil. Rome a parlé de Montréal, mais jamais de la Province entière. Concluez.

3° Ce qu'il y a de plus étrange, c'est que nos Seigneurs les Evêques, au moins plusieurs, en même temps qu'ils exercent une pression très forte sur les conciences des citoyens Catholiques, et spécialement des députés en leur affirmant que ce Bill est suivant la volonté formelle de Rome, se réservent, d'après ce qui est hautement affirmé sans démenti, de permettre à Laval l'exercice de son droit de succursale dans leurs Diocèses, quand bon leur semblera. Les Evêques ne se croient donc pas obligés de jamais accepter de succursale de Laval Or si les Evêques n'y sont pas tenus, pourquoi les autres citoyens le seraient-ils ? Les volontés formelles de Rome n'ont-elles pas force de loi pour les uns et pour les autres ?

III.

1° On invoque auprès des Catholiques, le scandale, que dis-je, le crime qu'il y aurait à s'opposer à un Bill soutenu par la très grande majorité des Evêques. Il y a des ré ponses qu'il serait désagréable de donner ; disons d'abord que le scandale est bien affaibli et le péché fort atténué lorsqu'on peut s'appuyer sur l'opinion de Mgr. des Trois-Rivières, Mgr.

Bourget, Archév. de Martianopolis, et Mgr. l'Evêque de Birtha, illustres entre tous, par leur science et leur sainteté ; disons ensuite que ce n'est plus qu'un scandale *nécessaire* et sans péché aucun, quand on a, en outre pour soi, l'opinion de la masse du Clergé canadien. Je le dis et je le répète, la masse du Clergé canadien ne voit aucun mal, voit même un grand bien dans l'opposition au Bill proposé. Je connais assez l'opinion de l'ensemble du Clergé dans les divers Diocèses de la Province pour oser affirmer que si une pétition en faveur du Bill actuel était présentée à sa signature, elle ne réunirait qu'une insignifiante minorité—que si, au contraire, tous les prêtres qui ont pu se former une opinion sur la question étaient appelés à se prononcer *en toute liberté*, a peu près tous diraient : c'est déjà bien assez que Laval soit à Québec.

2o Pour expliquer ce phénomène en apparence incompréhensible d'un clergé ayant dans son immense majorité des vues opposées à celles de ses Evêques sur la question de Laval, il est bon de se rappeler que pour le moment un seul est menacé, et que les autres ont pris leurs précautions ; dans tous les cas, il suffit d'opposer le phénomène non moins inouï de nos Evêques appuyés, défendus, applaudis par des journaux et des hommes qui avaient d'autres doctrines et d'autres habitudes.

Les associations et les sympathies rendent compte de bien des faits étranges, donnent la clef de bien des mystères, et sont, pour juger les hommes, leurs tendances et leurs sentiments réels, un guide qui ne trompe à peu près jamais. Or, quels sont les amis, les partisans de l'Université Laval à Montréal ? Dans quel camp se trouvent la masse de ceux qui sont catholiques ultramontains ? De quelle région politique viennent à l'Université le plus grand nombre de ses élèves ?

Ces réflexions et ces interrogations suffisent à donner la solution de l'énigme, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans le détail des faits et des personnes.

3o Si notre intention était de présenter tous les arguments

qui militent contre le Bill de Laval, notre tâche serait encore longue. Mais nous n'avons voulu que jeter un peu de lumière sur la question de savoir si un catholique peut et doit s'opposer au Bill projeté. Nous espérons avoir réussi, bien que nous ayions omis deux des plus forts arguments; le premier est la volonté expresse de Sa Sainteté Pie IX, dans le Bulle d'érection canonique, de ne déroger *en rien* à la Charte Royale ; le second, ce sont les inconvénients, les dangers graves et nombreux, du monopole universitaire en général et de celui de Laval en particulier. Je ne m'arrête pas davantage à ces deux arguments que l'on peut voir exposés avec force et clarté dans la brochure : "mémoire établissant l'injustice et l'illégalité du maintien de l'Université Laval à Montréal." *His dictis, valete.*

In dubiis libertas.

Du manuel opératoire de l'ovariotomie pratiquée par la voie abdominale dans les cas de tumeur kystique de l'ovaire,

Par le Dr Ovion, ancien interne des hôpitaux de Paris, juillet 1880.

L'ovariotomie est aujourd'hui une opération parfaitement réglée. Mais il est plusieurs points très importants sur lesquels la science a été assez longue à se fixer. Telle est la question de l'hémostase, de la manière de traiter les adhérences, d'extraire le kyste et conséquemment de la longueur à donner à l'incision de la paroi abdominale, et par-dessus tout la question du pédicule. Faut-il le fixer dans la plaie abdominale au moyen du clamp, le retenir près de la paroi à l'aide des deux chefs du fil qui a servi à sa ligature, ou couper ras ce fil et, après avoir ou non cautérisé le pédicule, le laisser libre dans le ventre complétement fermé ?

Dans le cours de son internat, M. Ovion a eu l'occasion d'assister à 12 ovariotomies et de servir d'aide principal dans 7 de ces opérations pratiquées par le professeur Tillaux. Fort de cette initiation, il a voulu tracer d'une manière générale les règles

opératoires, et sa thèse, qui résume surtout les enseignements des ovariotomistes français, est un modèle d'exposition scientifique claire, sobre et précise.

Les préliminaires de l'opération forment une sorte de préface très interressante. M. Ovion donne ensuite la nomenclature, la description, le dessin même des instruments nécessaires : la liste en est longue, car le succès dépend de la célérité et de l'observance des moindres précautions. La méthode antiseptique de Lister est appliquée dans toute sa rigueur.

Pour la clarté de l'exposition, M. Ovion a divisé l'ovariotomie en six temps qui sont les suivants : 1° ouverture de la cavité abdominale ; 2° ponction évacuatrice du kyste ; 3° extraction de la tumeur et traitement des adhérences ; 4° traitement du pédicule ; 5° toilette du péritoine ; 6° fermeture de la cavité abdominale.

Chacun de ces différents temps est l'objet d'une étude très détaillée, et l'auteur en examine toutes les difficultés, tous les points en litige dans des chapitres séparés. Une analyse n'est guère possible. Nous donnerons simplement quelques-unes des propositions maîtresses formulées au cours de ce travail éminemment personnel.

L'incision de la paroi abdominale doit être faite couche par couche au bistouri, sur la ligne médiane et dans une étendue de 12 centimètres ; elle commence à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic pour finir à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Mais on n'hésitera pas à agrandir l'incision pour faciliter l'extraction de la tumeur. Il est quelquefois nécesssaire de sectionner jusque près de l'appendice xyphoïde.

Au fur et à mesure de la section des plans de la paroi, l'hémostase sera faite par des pinces à forcipressure qu'on laisse à demeure jusqu'à la fin de l'opération ; elle devra être complète avant l'incision du péritoine.

La plupart des kystes sont multiloculaires et la ponction doit être multiple. Dans certains cas, le contenu des poches kystiques est assez consistant pour qu'on soit obligé d'inciser

largement le kyste, d'y introduire la main et de le vider par une sorte de pétrissage.

Pour extraire la tumeur, le chirurgien l'attire doucement à lui par de petits mouvements répétés, en la dégageant d'abord par sa partie supérieure ; à ce moment, les aides placés de chaque côté de la malade, ont pour mission d'appliquer le plus exactement possible les lèvres de la plaie sur la tumeur et de s'opposer ainsi à l'issue de l'intestin. Le volume des parties solides peut nécessiter le morcellement de la tumeur. Les adhérences sont rompues et traitées par les ligatures au catgut phéniqué.

Le traitement du pédicule est extra ou intra-péritonéal. Dans la première méthode rentrent le procédé du clamp, et la ligature avec l'instrument de Cintrat suivie de l'embrochement. L'autre méthode comprend : la ligature perdue, la cautérisation, l'énucléation, et un procédé mixte dans lequel les chefs du fil à ligature sont seuls maintenus entre les lèvres de la plaie abdominale. M. Ovion donne la préférence à la ligature perdue.

La toilette du péritoine comprend : l'hémostase définitive, (jusqu'à 50 ligatures et plus) ; le nettoyage et l'évacuation de tous les liquides contenus dans le bassin. " J'ai regretté quelquefois de n'avoir pas assez épongé, dit Spencer Wells, jamais d'y avoir apporté trop de soin. " M. Ovion n'est point partisan du drainage du cul-de-sac de Douglas, destiné à prévenir l'accumulation de liquides dans les replis du mésentère ou dans les bas-fonds du bassin.

Les sutures de la plaie abdominale doivent être profondes, c'est-à-dire intéresser toute l'épaisseur de la paroi avec le péritoine. L'auteur se rallie à la suture entrecoupée et au fil métallique.

Le pansement, les soins consécutifs à l'opération, les complications occupent en dernier lieu M. Ovion. Signalons, parmi les complications, le choc traumatique, les abcès sur le trajet des fils, l'hémorhagie par le pédicule ou dans la ca-

vité abdominale, l'occlusion intestinale et le tétanos ; mais la péritonite est avec la septicémie la plus fréquente et la plus meurtrière.

Du traitement de la pustule maligne

Par le professeur VERNEUIL, membre de l'Académie de médecine.

(*Suite et fin.*)

F (Auguste), mégissier, seize ans, de constitution moyenne, mais jouissant d'une bonne santé habituelle, entré à la Pitié, salle Saint-Louis, nº 45, le 20 janvier 1881 Depuis huit jours environ, il avait à la paupière supérieure du côté gauche un petit bouton sans caractère spécifique qu'il eut l'imprudence d'écorcher avec ses ongles, le 16. Aussitôt survient du gonflement avec prurit, et bientôt se montre une tache noire caractéristique. A l'entrée on constate une tuméfaction considérable de toute la moitié gauche du visage, s'étendant même à l'oreille, au cuir chevelu, aux régions sus-hyoïdienne et latérale du cou. La peau est rose, sans altération de structure ; la paupière supérieure, très gonflée, se présente sous la forme d'un gros bourrelet d'un gris noirâtre, ce qui indique la gangrène confirmée. La mortification, naturellement limitée en bas par le bord libre de l'organe, est circonscrite en haut et en dehors par le sourcil ; en dedans, par une ligne répondant à l'artère angulaire. La paupière inférieure est dure près du petit angle de l'œil, et simplement œdématiée dans le reste de son étendue. Autour de l'eschare existe une zone saillante, indurée, d'un rouge vif, large au moins d'un travers de doigt ; à la limite de l'eschare et de l'induration se voit une couronne de vésicules caractéristiques interrompue de distance en distance, formant une petite zone particulière de 3 à 4 millimètres de largeur. A la région malaire, une large phlyctène distendue par un gramme environ de sérosité citrine. L'état général est sérieux ; le thermomètre marque 39, le pouls dur et fréquent est à 120. La réaction fébrile est in-

tense, soif, inappétence, nausées, constipation absolue, agitation alternant avec la somnolence pendant la nuit, délire persistant. L'entrée ayant eu lieu le soir, l'interne de service se contenta d'appliquer sur le visage des compresses d'eau phéniquée.

Le lendemain matin, 21 janvier, je constatai à mon tour les détails énoncés plus haut, et remarquai particulièrement l'état de prostration profonde.

Comme il n'y avait pas le moindre doute à élever sur le diagnostic, je fis transporter le petit malade à l'amphithéâtre et, aprés avoir administré le chloroforme, qui fut très aisément supporté, je procédai de la manière suivante : tout d'abord, je fis recueillir par M. Nepveu un fragment de l'eschare, dont moitié dut être remise au laboratoire de M. Pasteur, puis la sérosité de la phlyctène de la région malaire, enfin la sérosité prise dans les vésicules voisines de l'eschare, et jusqu'à du sang mêlé de sérosité obtenu par une piqûre pratiquée dans la zone indurée.

Ces précautions prises pour compléter scientifiquement l'observation, je commençai d'abord à circonscrire l'eschare à sa périphérie avec la pointe du thermocautère. Je traçai mon sillon immédiatement en dehors de la zone vésiculaire, c'est-à-dire aux limites du mort et du vif, et sans empiéter sur ce dernier ; grâce à la région choisie et à la lenteur relative avec laquelle je procédai, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. L'incision périphérique ainsi faite, réfléchissant que dans l'immense majorité des cas la pustule maligne ne détruit que le tégument palpébral et respecte le tarse et la charpente fibreuse de la paupière, je résolus de limiter aussi ma destruction ; en conséquence, soulevant le bord détaché de l'eschare avec la pointe d'un ténaculum, je dédoublai la paupiére, n'enlevant exactement que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, en un mot, l'eschare épaisse de 1 centimètre en moyenne. Arrivé au bord libre, je respectai même toute la ligne des cils. Cette extirpation ne donna pas plus de sang que l'incision circonférentielle ; elle dura environ trois à quatres minutes et fut, je

ne saurais trop le dire, *d'une facilité et d'une régularité extraordinaires.* La chose n'eût certainement pas été plus simple sur le cadavre.

Je fis ensuite, à un travers de doigt de la plaie, une série de pointes de feu distantes entre elles de 12 à 15 millimètres, pénétrant à 8 millimètres de profondeur, pratiquées à l'aide du thermocautère faiblement chauffé ; ces ponctions n'amenèrent pas une goutte de sang.

Enfin, armé de la seringue de Pravaz chargée d'un liquide ainsi composé : eau 200 grammes ; teinture d'iode, 1 gramme ; je fis dans tous les points envahis par l'œdème et de 5 en 5 centimètres, une série de piqûres disposées en quinconce, pénétrant jusqu'aux limites profondes de l'œdème et déposant dans l'interstice des tissus dix gouttes de la solution par chaque piqûre.

Pour tout pansement, une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'une solution phéniquée au quarantième.

L'opération avait duré en tout un quart d'heure à peine, et je l'avais à dessein conduite avec lenteur pour n'avoir aucun écoulement sanguin.

Mes internes eurent mission de renouveler dans la soirée, et dans la journée au besoin, les injections hypodermiques, au cas ou l'œdème périphérique ferait des progrès. Le soir, par prudence, trois piqûres nouvelles furent faites le long du bord de la mâchoire, mais ce fut tout.

Comme traitement médical, on administra, outre la potion de Todd, un julep dont chaque cuillerée contenait trois gouttes de teinture d'iode ; il en fut pris douze cuillerées jusqu'au lendemain matin.

L'effet de cette thérapeutique fut décisif. La fièvre qui le matin était forte (le thermomètre marquait 39 degrés et le pouls était à 120), la fièvre avait diminué le soir ; le thermomètre était à 38°,6 ; l'état général s'était également amélioré, quelques aliments avaient été pris et bien tolérés, la somnolence était bien moindre. Le lendemain, le calme est complet

après une nuit fort tranquille, la température est à 38 degrés, le pouls moins fort et moins fréquent, l'œdème périphérique a déjà diminué. Dans la zone comprise entre la plaie cautérisée et la ligne des pointes de feu, la peau a repris presque complétement ses caractères normaux. Nulles traces d'envahissement du sphacèle, pas la moindre vésicule, et l'induration elle-même semble à peu près dissipée.

Le 23, apyrexie complète, retour de l'appétit et de la gaieté ; nulle douleur quelconque ; l'œdème n'existe plus que vers le cou et l'oreille. Les alentours de la plaie sont tout à fait sains, sur les petites ponctions existe une croûte noire, et la paupière est recouverte d'une eschare mince, sèche et superficielle.

A partir de ce moment, le succès n'est plus douteux. Jamais jusqu'à ce jour je n'avais arrêté aussi vite une pustule maligne arrivée à la période des accidents généraux.

L'examen histologique de l'eschare a été fait dans le laboratoire de M. Pasteur et dans le nôtre par M Nepveu. On y a trouvé des bactéridies en certaine quantité, mais ces éléments faisaient défaut dans la sérosité de la phlyctène, dans le liquide séro-sanguin de la zone indurée et *à fortiori* dans le sang.

Si je me suis décidé à vous entretenir de ce fait si simple, c'est dans l'espoir qu'il pourra surtout aider aux praticiens et leur indiquer une manière de faire qui ne présente en réalité ni difficulté, ni péril.

Je me résume en quelques lignes :

1e Pour la pustule maligne elle-même, destruction radicale avec le thermocautère manié comme le bistouri ;

2e Pour la zone d'induration, révulsion énergique et profonde avec les pointes de feu ;

3e Pour la zone œdémateuse, injections hypodermiques de teinture d'iode diluée au deux-centième ;

4e Pour l'intoxication réalisée ou à craindre, usage interne de la teinture d'iode.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de l'épithélioma de la langue ;

Par le docteur TERRILLON,
Professeur agrégé, chirurgièn des hôpitaux.

Dans une récente discussion à la Société de chirurgie, le traitement chirurgical de l'épithélioma de la langue a été longuement étudié. Le débat avait commencé à la suite d'une communication de M. le professeur Verneuil à propos du traitement médical employé d'une façon malencontreuse au début de cette affection. M. Verneuil a rapidement démontré que le traitement, qui consiste surtout en préparations antisyphilitiques ou même en cautérisations superficielles, est toujours inutile et souvent dangereux, soit à cause de l'excitation qu'il provoque, soit à cause du retard qu'il apporte à l'intervention chirurgicale, seule efficace contre l'envahissement rapide de cette maladie.

L'accord fut rapidement établi sur cette question ; cependant quelques doutes furent émis sur la faculté du diagnostic au début de l'affection et, par conséquent, sur la possibilité de supprimer tout embarras dans le choix du traitement dès les premières apparitions du mal. M. Verneuil soutint énergiquement cette idée que, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic était toujours facile, grâce à la forme de l'ulcération et à l'induration qui l'accompagne toujours ; circonstance qui permet de se prononcer rapidement sur l'opportunité du traitement chirurgical. La discussion, au lieu de rester sur le terrain où elle avait d'abord été placée, s'élargit bientôt, et l'on passa en revue non seulement les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale, mais aussi les différentes méthodes employées. Enfin, les chances de récidive et les soins consécutifs à l'opération furent eux-mêmes indiqués avec plus ou moins de précision. En un mot, le débat fut si long et si complet en apparence, qu'on pourrait supposer que la question a été complètement épui-

sée, et que pendant longtemps une semblable discussion ne pourra trouver place devant la Société de chirurgie. Telle n'est point notre opinion ; car nous croyons qu'un grand nombre de points intéressants ont été laissés dans l'ombre, ou à peine ébauchés ; cependant plusieurs préceptes importants paraissent ressortir de cette discussion, et c'est sur eux que nous désirons appeler spécialement l'attention.

Commençons par le point qui semble avoir spécialement préoccupé les chirurgiens dans ce débat, c'est à dire la quantité des désordres qu'il est utile de produire pendant l'opération pour assurer le bénéfice le plus large au malade.

L'ablation large, celle qui ne se contente pas de dépasser simplement les limites du néoplasme, mais qui au contraire cherche à enlever une zone importante des tissus qui l'entourent, a trouvé des partisans ardents et convaincus. Aussitôt que l'on peut soupçonner l'envahissement d'un segment considérable de la langue par ces traînées interstitielles si fréquentes dans les épithéliomas, on ne doit pas hésiter à sacrifier la langue dans sa totalité. Si les ganglions sous-maxillaires sont envahis, ou même si l'on a des doutes sur leur intégrité, il est utile de les enlever, car ils sont le siège ordinaire des récidives rapides après l'opération. Tels sont les deux préceptes principaux sur lesquels repose la méthode de l'ablation large. On pourrait ajouter qu'il ne faut pas hésiter, dans un grand nombre de cas, à enlever les parties molles du plancher de la bouche et les glandes sous-maxillaires.

Depuis plusieurs années, Kocher a fait voir, par la publication de plusieurs observations, que cette destruction large des tissus environnants non seulement n'aggravait pas l'opération, mais n'augmentait que d'une façon insignifiante la gêne de la parole et de la déglutition, et surtout, mettait à l'abri de la récidive pour un temps plus long, et d'une façon plus sûre.

Malheureusement, la question telle qu'elle a été posée n'en reste pas moins fort embarrassante ; car, ainsi que Kocher

l'avait déjà indiqué, et comme nous-même l'avons rappelé dans le cours de la discussion, à propos de deux opérations de cette nature que nous eûmes à pratiquer, l'envahissement des ganglions est souvent difficile à reconnaître par le simple examen superficiel de la région sus-hyoïdienne. Dans un grand nombre de cas, alors que l'ablation large de la langue avait nécessité la dissection sus-hyoïdienne, on avait constaté que les ganglions, masqués par la glande sous-maxillaire, présentaient tous les caractères macroscopiques et microscopiques de l'épithélioma, malgré leur petit volume, et qu'ils avaient été complètement méconnus par l'exploration extérieure.

Ainsi, de même que l'on voit des cancroïdes encore peu étendus du bord de la langue s'accompagner d'une dégénéressence très accentuée des ganglions sus-hyoïdiens, de même, on rencontre des épithéliomas, qui, ayant envahi une grande partie de la langue, n'ont provoqué, du côté des ganglions, qu'une induration légère et impossible à reconnaître par les explorations cliniques. Ces deux cas se rencontrent souvent dans la pratique sans qu'on puisse savoir d'où vient cette différence, et cependant le cancroïde semble être toujours de même nature.

Enfin, si nous rapprochons de cette différence entre les modes d'évaluation de l'infection ganglionnaire ce fait important qu'à l'ablation d'un épithélioma peu étendu succède assez souvent une récidive rapide dans les ganglions, ne devons-nous pas en conclure que, dans le plus grand nombre des cas d'épithélioma lingual, les ganglions sont déjà envahis, alors que nous nous décidons à pratiquer une opération.

La logique veut donc qu'en présence d'une lésion d'apparence encore minime, on ne se contente pas d'enlever simplement la partie malade et que, fidèle au précepte de l'ablation large, on aille avec Kocher à la recherche des ganglions dégénérés, et qu'on pratique, selon l'expression consacrée, *un nettoyage complet* du plancher de la bouche.

La question, telle qu'elle vient d'être posée, n'a été qu'ef-

fleurée dans la discussion ; et si quelques chirurgiens, suivant en cela l'énergique affirmation de M. le professeur Verneuil, ont déclaré qu'il fallait agir largement, ils n'avaient en vue que l'ablation des parties reconnues atteintes par l'exploration clinique précédant l'opération. Cette pratique est certainement rationelle et mérite d'être encouragée ; mais elle nous semble insuffisante, ainsi que le prouve les nombreux cas de récidive rapide dans des ganglions qu'on croyait absolument indemnes. Tous les chirurgiens savent, du reste, que l'opération est souvent une cause excitante, provoquant une poussée rapide du côté des ganglions.

Enfin, il faut se demander encore s'il suffit d'enlever les ganglions et la glande sous-maxillaire du côté qui correspond à la partie de la langue primitivement malade, et si l'on ne doit pas se préoccuper également de la région opposée, qui est souvent atteinte de la même façon, lorsque la maladie a envahi une partie de la langue.

Tous ces détails sur l'infection ganglionnaire latente doivent préoccuper les chirurgiens qui ont en vue non seulement la réussite immédiate d'une opération, mais aussi le bénéfice réel et durable qu'elle peut procurer au malade. Nous verrons, dans un avenir prochain, ces questions discutées avec soin, et probablement résolues dans le sens le plus large et le plus radical.

Les indications de l'intervention chirurgicale ont encore été élargies par la déclaration de plusieurs chirurgiens. Ceux-ci considérant que dans les cas où la lésion très étendue ne laissait qu'un espoir très minime d'empêcher la récidive, l'opération pouvait encore rendre au patient un service signalé, en supprimant les douleurs, la salivation, et surtout la gêne extrême de la déglutition, lorsque le plancher buccal était envahi par le néoplasme. Plusieurs malades, après des délabrements considérables, et paraissant dépasser les limites de la prudence chirurgicale, ont éprouvé un tel soulagement, ont vu les conditions de la dernière période de leur existence tellement améliorées, que le chirurgien, qui a été té-

moin de ces faits, est encouragé à procurer au malheureux patient ce dernier sonlagement.

Il est cependant des limites que l'opérateur ne peut dépasser, et qui doivent arrêter son intervention ; tellles sont : l'envahissement des ganglions carotidiens, des os maxillaires et des parties molles du pharynx.

Les méthodes opératoires ont donné lieu à quelques remarques intéressantes et qui nécessitent quelques développements. Il ne s'agit pas de l'ablation partielle et restreinte des parties mobiles de la langue, pour lesquelles tous les moyens d'exérèse peuvent être employés avec succès, pourvu qu'ils procurent l'hémostase, nous nous occuperons seulement des méthodes d'ablation large. Nous trouvons à ce propos une tendance très prononcée vers l'emploi des procédés qui consistent à ouvrir et à disséquer plus ou moins profondément la région sus-hyoïdienne pour atteindre la langue ; soit qu'on ait en vue l'ablation totale de cet organe et d'une partie du plancher buccal, soit qu'on veuille par ce moyen enlever également les ganglions de la région.

L'ouverture de la portion médiane de la région sus-hyoïdienne permettant d'attirer en bas et en avant la pointe de la langue, a été recommandée par plusieurs chirurgiens ; cette opération préliminaire étant ou non précédée de la ligature des linguales. Nous persistons à croire, ainsi que nous l'avons démontré par deux observations publiées dans le cours de la discussion, que l'ouverture large de la région sus-hyoïdienne latérale donne une plus grande facilité, et une plus grande sécurité pour l'opération. Une incision courbe partant de la symphyse et allant rejoindre le bord postérieur de l'angle de la mâchoire, suivie de la section des attaches musculaires sur le maxillaire inférieur et de l'ablation de la glande sous-maxillaire, procure un large champ opératoire qui permet d'attaquer la base de la langue avec sécurité. Par cette vaste ouverture, il est facile de lier la linguale, d'enlever les ganglions, et cependant la réunion immédiate des lèvres de l'incision, facile à obtenir dans la plupart des cas,

ne laisse extérieurement qu'une trace insignifiante. Par elle aussi, on peut atteindre facilement les ganglions du côté opposé.

Nous ne parlerons que brièvement de la section du maxillaire inférieur avec écartement des deux branches. Cette opération doit être réservée à des cas exceptionnels ; elle n'est pas exempte d'inconvénients, tels que nécrose de l'os et absence de réunion de la section osseuse. La raison principale qui nous engage à ne pas insister sur cette méthode opératoire est le nombre restreint des cas dans lesquels on doit l'employer. Il est rare, en effet, que la section des parties molles de la région sus-hyoïdienne, pratiquée largement, ne suffise pas pour enlever complètement les parties du plancher de la bouche envahies par le néoplasme.

La section de la langue demande des précautions particulières, en vue de l'hémathose primitive et consécutive. L'écraseur de Chassaignac, manié lentement et prudemment, semble être préféré par plusieurs opérateurs. Cependant l'anse galvanique et le thermo-cautère peuvent rendre des services, malgré la lenteur de l'opération et la nécessité d'agir à une grande profondeur, qui gêne souvent l'emploi du fer rouge. Quelques chirurgiens se contentent de couper avec les ciseaux ou le bistouri après avoir préalablement lié les linguales. Mais dans ce cas il faut avoir soin de pratiquer la ligature de ces artères à leur origine avant qu'elles aient donné naissance aux dorsales de la langue, car on s'exposerait, sans cette précaution, à voir survenir une hémorrhagie abondante et grave.

La difficulté de l'alimentation, après l'ablation de la langue, a vivement préoccupé plusieurs chirurgiens, qui avaient eu à déplorer la mort de leurs opérés ; mort attribuée, sans contestation possible, à l'inanition.

Une gêne considérable de la déglutition a pu, en effet, compromette l'alimentation au point qu'aucune parcelle alimentaire ne pouvait pénétrer dans le tube digestif. Outre cet inconvénient, la plaie buccale étendue a encore pour consé-

quence de devenir un réceptacle pour une certaine quantité d'aliments qui ne sont pas avalés. Ceux-ci séjournent dans les anfractuosités, se putréfient et peuvent être la cause d'accidents sérieux, car il est difficile, sinon impossible de les extraire.

Plusieurs moyens avaient été essayés pour parer à ces inconvénients, et le cathétérisme répété de l'œsophage, permettant l'introduction directe des aliments daus l'estomac, avait été tenté plusieurs fois. Malheureusement, la difficulté d'introduire l'instrument par la bouche, l'impossibilité de le faire pénétrer dans les fosses nasales plusieurs fois par jour, avaient fait abandonner cette ressource précieuse.

A la suite d'expériences pratiquées par M. Krishaber et répétées par M. Verneuil, des tentatives furent faites pour employer la sonde œsophagienne à demeure. Cette pratique, employée déjà par Boyer et d'autres chirurgiens, avait été depuis abandonnée.

Actuellement nous savons qu'une sonde en caoutchouc rouge, du diamètre moyen de 1 centimètre, peut être introduite assez facilement dans l'œsophage par les fosses nasales. Mais ce qui nous intéresse particulièrement, c'est qu'un tel instrument peut rester en place pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs mois, sans provoquer ni gène notable, ni accidents.

Il suffit, pour rendre supportable l'emploi de ce précieux moyen, d'habituer le malade pendant quelques jours avant l'opération, à la présence d'un corps étranger dans le pharynx et l'œsophage. Quelques séances suffisent pour arriver à procurer une tolérance réelle et durable. Grâce à la sonde, immédiatement après l'opération, on peut alimenter le malade, et ainsi se trouvent supprimés les inconvénients signalés plus haut : difficulté de la déglutition et séjour des aliments dans les anfractuosités de la plaie.

Il eût été intéressant de trouver, dans la pratique des chirurgiens qui ont pris la parole à propos de cette discussion, des faits assez précis permettant de se rendre compte du bé-

néfice que peuvent retirer les malades de l'opération chirurgicale. Malheureusement, un très petit nombre d'observations complètes ont pu être publiées, et nous ne trouvons que quelques cas isolés qui ne permettent pas d'établir une statistique sérieuse. M. Trélat a signalé trois malades opérés en 1872, 1874, 1875, qui depuis sont restés guéris. M. Ledentu a parlé d'un malade qui n'a pas de récidive depuis 1876. MM. Verneuil, Marc Sée, ont cité des cas de guérison définitive datant de plusieurs années. Enfin, M. Maurice Perrin a rapporté l'histoire de plusieurs malades qu'il a pu suivre et qui sont restés guéris pendant plusieurs années ou plusieurs mois.

Si nous rapprochons ces faits de quelques autres publiés dans la thèse d'agrégation de Th. Anger, et dans une thèse de M. Schlapfer, de Zurich (1878), lequel rapporte des observations de Bilroth, de Rozé et autres, nous voyons qu'un certain nombre de malades peuvent bénéficier, dans des limites très étendues, de l'opération sanglante. Il est vrai que nous ne connaissons nullement le nombre des cas de guérison ou de récidive tardive comparativement au nombre des opérés ; mais, quel que soit ce nombre, nous croyons que tout chirurgien a non seulement le droit, mais aussi le devoir de faire bénéficier les malades atteints de cette affection si terrible, des chances d'une opération qui peut procurer soit un soulagement immédiat, mais passager, soit une guérison momentanée, mais pouvant durer plusieurs années.

Cette revue rapide des points nouveaux acquis à l'histoire du traitement des épithéliomas de la langue permettra de reconnaître que des progrès réels ont été accomplis, et que les chirurgiens peuvent être, grâce à eux, à l'abri de certaines hésitations. Malgré cela, il reste encore plusieurs lacunes à combler ; mais nous ne désespérons pas de les voir s'amoindrir de jour en jour, surtout si nous envisageons les progrès rapides que fait actuellement la chirurgie des tumeurs.— *Bulletin général de thérapeutique médical et chirurgical.*

Considérations sur l'empoisonnement aigu par l'alcool.

Par le Dr Henri Toffler, Paris, juillet 1880.

Les désordres tant organiques que fonctionnels engendrés par l'alcoolisme chronique sont parfaitement connus. Ce sont eux, en effet, qu'il importe le plus de connaître, car ils font d'innombrables victimes et ils atteignent jusqu'à la descendance.

L'empoisonnement aigu, qui survient après l'ingestion en une seule fois d'une énorme quantité d'alcool a été surtout étudiée expérimentalement sur les animaux, et les observations sur l'homme sont rares, surtout dans notre pays. C'est l'ivresse à son plus haut degré. Après la phase initiale d'excitation, les phénomènes de dépression propres aux poisons stupéfiants vont s'accumuler. Le visage s'altère, la sensibilité, l'intelligence et le mouvement disparaissent peu à peu jusqu'à l'anéantissement complet ; les sphincters se relâchent ; la température s'abaisse jusqu'à 30° et au-dessous, et l'individu tombe dans un sommeil comateux. En même temps, les artères et les veines du cou sont gonflées, les battements du cœur se renforcent et se précipitent ; la respiration s'embarrasse et devient stertoreuse, les bronches se remplissent de mucosités, il y a une véritable asphyxie.

A côté de cette forme ordinaire ou progressive de l'alcoolisme aigu, on observe quelquefois deux autres formes dites, l'une convulsive, l'autre apoplectique.

La forme convulsive, décrite par Percy, se distingue par des convulsions cloniques et un délire furieux : c'est une sorte de rage. L'absinthisme aigu revêt les mêmes carac teres.

Dans la forme apoplectique, l'individu tombe très rapidement, en moins de dix minutes, dans le coma : le corps devient très froid et insensible, la respiration stertoreuse, l'œil vitreux et atone, le pouls est peu marqué, et n'était l'odeur alcoolique qui s'exhale, on pourrait croire à une hémorrhagie étendue de l'encéphale.

L'autopsie révèle des lésions viscérales graves, telles qu'une hémorrhagie méningée, une congestion pulmonaire des plus intenses, avec foyers apoplectiques. Le tube digestif, ses annexes et les reins sont aussi fortement congestionnés ; la muqueuse de l'estomac est parsemée d'ecchymoses, le foie est en dégénérescence graisseuse. Le sang renfermé dans le cœur et les vaisseaux est noir et liquide. Enfin le cerveau exhale une odeur alcoolique prononcée, et les réactifs appropriés permettent d'y retrouver l'alcool lui-même et des traces non douteuses d'aldéhyde.

L'intoxication aiguë s'observe surtout, disent les auteurs, dans les saisons froides, chez les individus peu habitués aux excès alcooliques ou qui veulent se suicider. Mais dans l'observation de M. Toffier qui sert de base à son travail et qui se termina par la mort en 24 heures, il a été dûment établi que le sujet avait des habitudes alcooliques invétérées.

Dans la seconde partie de sa thèse, l'auteur rappelle les recherches expérimentales de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, mais il passe sous silence celles de Cros, de Rabuteau, etc., qui sont bien plus anciennes et non moins remarquables.

M. Toffier n'a pu comparer la puissance toxique des alcools de diverses natures au point de vue de l'empoisonnement aigu chez l'homme. On sait que l'alcoolisme, soit morbide ou expérimental, est singulièrement aggravé par la présence des alcools propylique, butylique et amylique dans les liqueurs absorbées, si bien que M. Rabuteau a voulu établir une différence essentielle (1) entre l'*éthylisme* et l'*amylisme*. Cependant, dans un travail publié tout récemment, Sternberg, expérimentant sur des lapins, parce qu'ils ne vomissent jamais et qu'on peut ainsi leur faire avaler impunément les liqueurs alcooliques, conclut que la nature de l'alcool est sans influence sur l'intoxication aiguë qu'engendre l'abus en quelque sorte accidentel de la boisson incriminée.

---

1. *Archiv für experim. Pathologie and Pharmak.*, 1879.

M. Toffier indique le traitement à intervenir qui consiste à vider promptement l'estomac et à rétablir la respiration, et finit par quelques considérations médico-légales. Il a réuni 7 observations, dont trois inédites et très complètes, suivies d'autopsie et de l'examen histologique des pièces (*Journal de Thérapeutique*) No 2, du 25 janvier 1881.

Du traitement de l'hémorrhagie cérébrale par les injections sous-cutanées d'ergotine.

Encouragé par les succès nombreux obtenus, dans le traitement des hémorrhagies en général, par les injections d'ergotine, le docteur Foster a eu l'idée d'essayer ce moyen dans les cas d'apoplexie cérébrale. Il l'a employé chez trois malades, dont le diagnostic ne laissait aucun doute, et qui ne pouvaient recueillir aucun bénéfice d'une médication interne, la déglutition étant impossible.

Le docteur Foster vit le premier de ces malades, une heure environ après l'ictus. Il suffit d'une injection d'ergotine pour dissiper le coma, tandis que les moyens, mis en usage auparavant, étaient restés sans résultat. Ayant été appelé au contraire près du second immédiatement après l'attaque, il put constater que l'injection d'ergotine atténuait singulièrement l'intensité du coma. L'ergotine, on le sait, arrête les hémorrhagies en provoquant la contraction des artérioles ; il est donc rationnel de l'employer lorsque l'épanchement sanguin se produit au sein de la substance cérébrale. Mais il faut, autant que possible, que l'accident soit récent, pour que l'action du médicament puisse être efficace. (Extrait du *Journal médico-chirurgical de Pesth*, nº 8, 1879.)

Injections sous cutanées d'eau simple pour calmer la toux.

Par M. LANDOUZY.

Nous faisons simplement une injection hypodermique d'une pleine seringue remplie d'eau distillée et de quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise : nous la faisons dans les régions sous-claviculaire ou cervicale, piquant la peau dans la région la plus rapprochée de la zone qui paraît être le point de départ de l'incitation, perçue ou non sentie, portée au nevraxe pour produire la toux. L'injection est d'autant plus sûrement et plus longuement suivie de calme qu'elle est poussée plus près des points dans lesquels les malades accusent ces sensations de déchirement, de cuisson, de picotement ou de fourmillements qui semblent être le premier anneau de la chaîne réflexe qui aboutit à la toux. C'est ainsi, que, dans la phthisie laryngée, le calme obtenu par l'injection est plus certain et plus durable quand on la fait sur les côtés du larynx, plus immédiate aussi et à plus longue portée, dans les pleurésies circonscrites ou dans les bronchites des sommets, quand on pique dans les espaces intercostaux douloureux, spontanément ou à la pression.

Il est rare, que, faite dans ces conditions, l'injection ne coupe court à la toux, si répétée, si intense ou si tenace qu'elle soit, il est rare que ce calme ne laisse de longs répits au malade, il est rare enfin que ce calme ne soit si longtemps obtenu, de même manière, surtout si l'on se garde d'arriver trop vite à l'accoutumance : ne parviendrait-on, chez les phthisiques auxquels nous faisons allusion, qu'à leur éviter par ce moyen deux des principales et des plus pénibles quintes de toux, celles du matin et celles du soir, qu'on aurait déjà obtenu un double résultat, le soulagement des malades et celui de leur entourage ?—(*Journal de Thérapeutique*, No. 1, 10 janvier 1881.)

Du traitement des ouvertures fistuleuses par la dilatation.

Par W. MURRAY.

L'emploi de la laminaria et de l'éponge préparée est, d'après Murray, susceptible de déterminer un épanchement plastique suffisant pour que la cicatrisation d'un orifice fistuleux se produise par la contraction qui suit une dilatation rapide. La dilatation a été renouvelée deux ou trois fois avec la laminaria, et l'inflammation provoquée par elle a déterminé une tuméfaction considérable autour de l'orifice, dans la première application qui en a été faite pour une fistule stercorale de l'ombilic, chez un jeune garçon. Le trajet avait le diamètre d'une plume de corbeau et conduisait à travers des tissus indurés, probablement à la partie terminale de l'iléum. La cicatrisation a été complète.

Dans le second cas, il s'agissait d'une ouverture fistuleuse oblique de la joue et la guérison a été également obtenue.

Enfin dans un troisième cas, une fistule uréthrale qui avait résisté à tous les autres moyens de traitement s'est fermée au bout d'une semaine. Le malade lui-même avait été dressé à introduire les tiges de la laminaire dans le trajet.

Action thérapeutique du sulfate de cuivre dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

Par MM. Aimé Martin et Oberlin, médecins de St. Lazare.

Nous avons eu l'occasion de traiter, depuis le mois de septembre dernier, pour des accidents syphilitiques divers, secondaires et tertiaires, cinquante malades qui sont sorties guéries du service ; actuellement, nous en avons vingt-deux en traitement par ce même moyen. Les résultats obtenus par le sulfate de cuivre sont aussi satisfaisants et aussi probants que possible. En comparant, sur un certain nombre de femmes atteintes des mêmes accidents, à peu près au même degré, l'ac-

tion des sels mercuriels et celle du sel cuprique, ce dernier a paru l'emporter en efficacité et en rapidité dans presque tous les cas.

Nos malades ont toléré avec la plus grande facilité ce nouveau mode de traitement. Dans un cas seulement il y a eu, au début, quelques vomissements sans gravité, qui n'ont pas empêché la tolérance de s'établir au bout de deux ou trois jours.

Dans un cas de syphilis grave (ecthyma et rupia, tumeur gommeuse etc.), chez une femme du service du docteur Boureau, dont le traitement classique avait été impuissant à modifier l'état, le sulfate de cuivre, donné pour la première fois le 29 février dernier, a amené une guérison rapide et complète des accidents.

Chez deux ou trois de nos malades, nous avons observé, comme symptôme de la saturation cuprique, une gingivite semblable à celle que produit le mercure, caractérisée cependant par un signe tout à fait spécial : c'est un *liséré vert* siégeant au bord libre des gencives. Nous pouvons ajouter que cette *gingivite cuprique* a cédé beaucoup plus rapidement que ne le fait d'habitude la gingivite mercurielle, et que, dans les deux ou trois cas où nous l'avons observée, elle n'a présenté aucune gravité, et qu'elle n'a jamais été accompagnée de fongosités ni de ramollissement de la muqueuse.

L'innocuité du traitement nous semble s'expliquer facilement par les faibles doses de sulfate de cuivre que nous avons employées. Nous l'avons donné à l'intérieur en solution dans l'eau distillée à la dose de 4, 8, et au plus de douze milligrammes par jour, et à l'extérieur en grands bains, à la dose de 20 grammes par bain.—*Gazette Medicale.*

Injections utérines.

Le professeur Carl Schrœder, de Erlangen, recommande les précautions suivantes dans l'emploie des injections utérines :

1o. On doit les éviter lorsqu'il y a sensibilité remarquable ou inflammation de l'utérus ou de ses annexes.

2o. Il doit y avoir un libre cours de sortie pour le liquide injecté ; il est en conséquence préférable de dilater, dans tous les cas, le col de l'utérus.

3o. On ne doit injecter qu'une petite quantité de liquide.

4o. Le liquide doit être légèrement chaud, et il faut l'injecter lentement.

5o. S'il y a flexion de l'utérus, il est mieux de retirer le liquide avec la seringue au bout d'une minute ou deux.

De toutes les substances employées, les plus utiles sont probablement les solutions d'alun et d'iode, vû qu'elles ne forment pas de précipité avec les matières albumineuses des écoulements, comme le fer, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, etc.

Gerçures du mamelon.

On traite les gerçures du mamelon par le glycérolé de nitrate de plomb en solution contenant de vingt grains à un drachme à l'once, ou par un mélange de deux drachmes d'iodoforme à l'once de baume de Pérou. L'usage de ce baume est pour déguiser l'odeur de l'iodoforme.—(*Dublin Journal Med. Science.*)

Brochure reçue.

Nous accusons réception de la *Revue de Montréal*, livraison de janvier 1881, publiée par l'abbé T. A. Chandonnet.

Cette revue contient, entre autres choses un article intitulé " L'Université Laval à Montréal,—Documents."

Nous aurions aimé à voir parmi les documents la décision du gouvernement fédéral du Canada sur cette question, l'opinion du Solliciteur général d'Angleterre sur les pouvoirs de l'Université Laval, la réponse de l'Hon. Secrétaire d'Etat pour les colonies à la requête de l'Université Laval, et enfin les lettres de Mgr de Martianapolis.

Ce sont là des documents, tous importants.

Naissance.

Le 22 avril dernier, à Ste. Monique, comté de Nicolet, la dame du Dr. C. Legris, un fils.

Mariage.

En cette ville, à l'église St. Jacques, le 19 mai 1881, par le Rév. M. LeBlanc, curé de St. Martin, J. A. LeBlanc, écr,, M. D., à Delle. Marie Rose Alma Boyer, tous deux de cette ville.

Décès,

En cette ville, le 4 juin 1881, l'abbé T. A. Chandonnet.
Requiescat in pace.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. JUILLET et AOUT 1881. Nos. 7 et 8

Les efforts et les démarches de Laval pour la passation de son bill, sont en preuve irréfutable de la fausse position dans laquelle cette Université se trouvait par l'établissement de sa succursale à Montréal.

L'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal avait donc parfaitement raison de ne vouloir pas reconnaître cette faculté de médecine.

Mais la question légale est-elle même encore par ce fait réglée ? La Législature Fédérale sanctionnera-t-elle ce bill, demandé aux chambres de Québec par quatre requêtes seulement, *dont trois par les parties intéressées elles-mêmes*, contre quatre à cinq cents pétitions, venant de toutes les parties de la Province, s'y objectant et motivant les raisons qui s'opposent à cette législation ?

Laval peut-elle encore avoir le privilège de manquer à toutes les formes voulues en pareille circonstance, et le protêt des honorables membres du Conseil Législatif restera-t-il donc lettre morte ? Mais de tous les moyens si *remarquables* employés pour et par Laval pour obtenir son but, nous ne voulons en faire ressortir qu'un seul. Comment pouvait on forcer le vote des membres des deux chambres en leur disant " que c'était l'ordre émané de Rome, que son Décret de 1876 était la boussole qui devait tracer la marche à suivre dans cette

occasion !" Lisez ce Décret et vous verrez que Rome avait principalement en vue les Ecoles de Médecine et de Droit existant alors à Montréal, et, que tout en leur refusant l'affiliation à Laval, elle voulait venir à leur secours par le projet de sa succursale, *sans toutefois déroger en rien à la Charte, pour les empêcher de continuer à rester affiliées à des Universités Protestantes.*

Les personnes mentionnées dans ce Décret et chargées spécialement de travailler dans ce but ont-elles rempli leur mandat ? Où sont les coupables ? Ce ne sont certes pas les Professeurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui en ont appelé d'abord aux autorités religieuses et puis forcément aux autorités civiles pour l'exécution de la Bulle, du Décret et de la Charte. Ces M.M. en ont prévenu le Recteur de l'Université disant " *qu'ils garderaient le statu quo jusqu'à ce que Rome eut décidé la question, promettant d'avance de se soumettre à sa décision.*"

Comment a-t-on répondu à ces justes réclamations et ces bonnes dispositions ? En faisant tout ce qui était possible pour détruire l'Ecole, la supplanter et y substituer la succursale ! A cette Ecole qui demandait d'abord son affiliation à Laval, cette Université catholique canadienne-française a toujours répondu par un refus. Quand l'Ecole ou plutôt les aurités religieuses ont cherché, à Rome, à obtenir une Université Catholique indépendante pour Montréal, Laval s'y est encore opposée. Est-ce en lui refusant ainsi l'affiliation, en empêchant ensuite une Université Catholique d'être érigée à Montréal, en éliminant enfin l'Ecole de Médecine de sa succursale que Laval et ses soutiens cherchèrent à empêcher l'Ecole de Médecine de continuer à rester affiliée à une Université Protestante ?

Quel avantage au reste, (si les choses devaient rester ce qu'elles sont actuellement), quel avantage donnerait Laval à Montréal ? Aucun ! absolument aucun ! D'abord toutes les dépenses de ce simulâcre d'Université doivent être payées par le diocèse de Montréal et par lui seul; celui-ci doit

même abandonner encore tous les revenus des diplômes à Laval ; par conséquent, *Montréal qu'on dit être incapable de faire les frais d'une Université* en supporterait seule toutes les dépenses, tandis que tous les revenus iraient à Laval qui ne fournirait rien du tout ! Si Montréal doit et peut ainsi subvenir à toutes les dépenses, si Montréal peut fournir, dans son sein seul, le personnel de quatre facultés de Médecine, de deux facultés de Droit et d'une troisième en voie d'organisation ; si Montréal a tous les grands hôpitaux nécessaires et tous les établissements de haute éducation pour assurer le succès des quatre facultés de Médecine, de Droit, de Théologie et des Arts, sur quels motifs donc Laval se bâsent-t-elle, malgré l'opposition de toute la population de notre district et des districts voisins, pour persister à venir s'implanter ici ? M. Hamel nous l'a dit devant le comité de la Chambre, "*Laval à Québec ne réussit pas, il y a un déficit tous les ans ! Il faut que Québec se refasse avant de permettre à Montréal d'avoir son Université !*" Et c'est en maltraitant ainsi Montréal que l'Université Laval cherche à se refaire ! *Auri sacra fames!* Et c'est pour ce vil motif qu'on l'a vue fouler aux pieds sa Charte, la Bulle qui l'érigeait canoniquement, et le Décret qui *pour la protéger* lui permettait de refuser l'affiliation à l'Ecole, mais l'obligeait néanmoins (par le projet de la succursale) de venir à son secours pour l'empêcher de continuer à rester affiliée à une université protestante. Laval n'a donc rien respecté, ni sa Charte, ni la Bulle, ni le Décret, ni le désir du clergé, ni les vœux de la masse de la population !

On a été même, dans la rouerie de la lutte, jusqu'à comparer les Professeurs de l'Ecole aux communaux de France !

Comment alors expliquer leurs démarches auprès du St. Siége ?

L'Ecole n'a pas cherché à faire disparaître Laval comme institution religieuse, elle a voulu seulement que justice lui fût rendue à elle-même, parce que le Décret était émané en sa faveur et qu'on n'y obéissait pas plus qu'à la Charte !

Vouloir l'obéissance à la plus haute autorité ecclésiastique et aux lois civiles ne méritera jamais une censure !

Toutes les démarches de l'Ecole ont été faites avec calme, modération, et dictées par un sentiment de justice. Aussi, a-t-elle grandi avec la marche des événements. Qu'a recueilli Laval au contraire ? Qu'on relise la masse des articles publiés dans les journaux et son bilan est vite fait. Où en est elle même ? N'attend-elle pas encore la sanction de son bill du gouvernement fédéral ? Les tribunaux civils lui ont-ils donné gain de cause ? — Le gouvernement impérial lui a-t-il accordé la charte qu'elle demandait ? Rome est-elle venue de quelque manière que ce soit à son secours pendant la lutte parlementaire ? Ses Délégués ont-ils réussi à décider Rome à faire un nouveau Décret en sa faveur ?

Non, rien de tout cela n'a eu lieu, et justice ne peut tarder longtemps à être rendue à Montréal : aussi, l'Ecole attend-elle avec confiance le jugement des autorités judiciaires, le désaveu du fameux bill No. 15 par le gouvernement fédéral, et surtout la décision de Rome — Rome verra qu'au lieu de s'occuper des fins religieuses qu'elle se proposait, des intérêts et du succès de la haute éducation qu'elle avait en vue, on en a fait à Québec une pure question de politique, pour laquelle on a tout sacrifié, et le parti politique qui a soutenu Laval en cette circonstance, vient tout à propos confirmer les accusations déjà portées contre elle.

Letzerich a cultivé dans de la gélatine des micro-organismes provenant d'échantillons de sang recueillis chez des sujets affectés de maladies infectieuses diverses : diphthérie, fièvre typhoïde, influenza, etc., etc., et il est arrivé à ce résultat que ces micro-organismes présentent des caractères différents pour chaque maladie. L'auteur expose en détails la marche qu'il a suivie pour ces recherches.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DU PANARIS.

Leçon professée à l'hôpital Laennec par M. Nicaise, recueillie par M. Tissier, interne du service, et revue par le professeur.

Messieurs,—Sous le nom commun de panaris, on a réuni pendant longtemps un certain nombre d'affections aiguës des doigts, différentes les unes des autres quant à la nature, la marche, le pronostic et le traitement. On ne les confond pas, mais une même dénomination a pour effet de jeter un certain trouble dans l'esprit. Aujourd'hui je ne vous parlerai que d'une variété de panaris, de celle qui mérite véritablement ce nom spécial.

Je laisserai donc de côté le panaris érythémateux, qui est une angioleucite superficielle ; la tourniole, sorte d'onyxis ; le panaris anthracoïde qui se rapproche des furoncles ordinaires. Les panaris profonds, tendineux, osseux, les panaris gangréneux, phycténoïdes représentent des complications du panaris. Toutes ces variétés de *panaris* ont été décrites à part par Bauchet et par Chassaignac sous le nom de *dactylites*. Je vous parlerai seulement de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané des doigts, beaucoup plus fréquente à la face palmaire et surtout à la pulpe du doigt où l'affection présente le mieux ses caractères spéciaux. C'est la *Dactylite phlegmoneuse panniculaire* de Chassaignac.

Mais auparavant, il est utile de rappeler certaines notions de l'anatomie du doigt qui donnent l'explication de plusieurs des phénomènes qui s'observent dans le panaris. A la face palmaire des doigts, l'épiderme et le derme sont très épais, surtout dans la classe ouvrière, plus exposée que les autres au panaris. De la face profonde du derme partent des lamelles, des tractus fibreux solides, qui vont s'insérer au périoste de la dernière phalange et aux gaînes tendineuses des autres phalanges, limitant ainsi de petits alvéoles plus ou

moins indépendants les uns des autres, remplis par des lobules graisseux qui font hernie hors de leurs alvéoles après une coupe de la pulpe. Ces lobules cellulo-adipeux, emprisonnés par les cloisons fibreuses, s'enflamment et s'étranglent dans le panaris.

A la première et à la deuxième phalange, les prolongements profonds du derme vont s'attacher, avons-nous dit, non plus au périoste mais à la lame aponévrotique qui, s'insérant de chaque côté au périoste en passant en avant du tendon, forme la gaîne périostéo-fibreuse du doigt. Cette gaîne, ainsi formée de faisceaux transversaux, n'est pas complète au niveau des articulations phalangiennes où les faisceaux fibreux, au lieu de conserver une direction transversale, deviennent obliques, passent en sautoir au devant des tendons au niveau des extrémités articulaires et laissent des ouvertures par où la synoviale tendineuse vient faire hernie et se mettre au contact du tissu sous-cutané. A cette disposition nous devons rapporter la possibilité du développement des synovites tendineuses dans le cours de l'évolution d'un panaris. Enfin la richesse nerveuse des extrémités digitales est très grande et suffirait à expliquer les douleurs intolérables du panaris. Joignons-y la présence de quelques organes spéciaux qui viennent encore contribuer à augmenter la sensibilité de cette région : les corpuscules de Meissner plus abondants que partout ailleurs dans les papilles nerveuses du derme et les corpuscules de Paccini, disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané, dont le rôle est encore obscur, mais sans aucun doute lié aux fonctions de sensibilité.

Revenons au panaris. Il est principalement observé dans la classe manœuvrière. Il succède habituellement à l'écrasement de la pulpe, aux contusions, aux piqûres faites souvent avec des instruments malpropres, aux plaies des doigts qu'on a négligé de surveiller. Souvent il aurait pour point de départ un durillon forcé.

Les professions qui nécessitent une immersion fréquemment répétée des mains au milieu de liquides irritants, septi-

ques,—celle des teinturiers, des tanneurs par exemple,—constituent encore une prédisposition. Au même titre, les anatomistes sont plus exposés qu'aucun, et s'ils jouissent cependant d'une immunité relative, c'est aux précautions et aux soins de propreté minutieuse dont ils s'entourent, qu'ils en sont redevables.

Le panaris se manifeste par deux symptômes dominants : la douleur et le gonflement.

Au début, le gonflement occupe seulement la pulpe du doigt ; celle-ci perd en partie sa molesse habituelle qui donne une sensation de fausse fluctuation, en même temps elle devient plus volumineuse, plus ferme, plus résistante, à l'infiltration œdémateuse du début succède une infiltration fibrineuse.

Le gonflement gagne le doigt tout entier et même la main ; l'œdème est alors plus marqué à la face dorsale.

Le malade éprouve d'abord de l'engourdissement dans l'extrémité du doigt, puis ce sont des battements douloureux presque continus, mais la douleur, très circonscrite d'abord, ne tarde pas à devenir, par accès, vive, aiguë ; elle devient ensuite excessive, insupportable, térébrante ; elle est augmentée par la position, elle s'exaspère la nuit. L'acuité de la douleur s'explique par la richesse des plexus nerveux de la pulpe du doigt, par la présence de corpuscules de Paccini et de Meissner.

Quelques phénomènes généraux se montrent : fièvre, agitation, insomnie, inappétence, etc.

Le panaris arrive ensuite à la période de suppuration.—Le pus est infiltré dans le tissu de la pulpe ; le contenu des alvéoles, devenu plus volumineux, est étranglé par les tractus fibreux et se mortifie.—Les tractus infiltrés eux-mêmes, se mortifient également.

Chaque alvéole s'est transformé en une poche, remplie de pus et d'un bourbillon. Plusieurs alvéoles voisins communiquent ensemble, et chacun de ces petits foyers, agissant isolément, amincit progressivement, puis perfore le derme et vi-

de une partie de son contenu sous la couche épidermique qu'il décolle, formant une phyctène en communication par un trajet étroit avec l'abcès sous-dermiquc.—C'est comme l'abcès en bouton de chemise de Velpeau.

Quand l'épiderme, soulevé par le pus de plusieurs petits foyers, finit, malgré son épaisseur et sa résistance, par se laisser rompre et par livrer passage au pus qu'il retenait, on peut constater que le derme présente cinq ou six orifices qui pénètrent dans une cavité anfractueuse, traversée par des tractus fibreux.

Par ces orifices on voit sortir de petites masses jaunâtres, concrètes, infiltrées de pus, ce sont des bourbillons, formés de tissu conjonctif mortifié, de grumeaux de fibrine, le tout infiltré de pus.

Une des particularités du panaris de la pulpe est la lenteur et l'irrégularité de son évolution. Les accidents semblent en voie de décroissance, soit après l'ouverture spontanée d'un foyer, soit après une incision libératrice ; mais de nouvelles souffrances, accompagnant de nouveaux abcès, témoignent que le processus avait envahi d'autres alvéoles, primitivement indemnes. La raison de cette ténacité du mal et de sa persistance, de sa marche rémittente, est toujours cette disposition anatomique des lobules graisseux.

Chaque lobule, nous l'avons noté, est plus ou moins indépendant de ses voisins. Si le sphacéle de quelques cloisons de séparation peut amener la réunion de plusieurs alvéoles, il n'en est pas moins vrai qu'il reste des compartiments distincts où l'infiltration fibrineuse se propage progressivement, en sorte que l'on a une succession d'inflammations circonscrites, venant faire éclosion chacune à son heure.

Enfin, au bout de trois ou quatre semaines, le plus ordinairement, la guérison est obtenue, et cette fois sans réserve. Dans les cas favorables, il ne reste comme traces que les cicatrices de la pulpe, plus ou moins irrégulières, et souvent adhérentes. L'ongle ne tombe pas généralement.

Mais souvent aussi l'on est moins heureux, et de graves et

multiples complications retardent et compromettent la terminaison. Plusieurs de ces complications sont parfois décrites comme des variétés du panaris. C'est d'abord la gangrène de la peau par compression ou infiltration fibrineuse. Puis l'épaisseur du derme et de l'épiderme, en s'opposant à la progression du pus vers l'extérieur, donne à l'inflammation le temps d'atteindre les couches profondes, de gagner le périoste et l'os de la phalange ; la conséquence fréquente de cette propagation est la nécrose, quelquefois rapide, puis l'élimination de l'os atteint. J'ai insisté au début sur la disposition anatomique de la région qui rend compte de la facilité avec laquelle le périoste s'enflamme. L'inflammation profonde peut encore gagner la synoviale tendineuse au niveau des articulations où la protection de la gaîne aponévrotique est moins efficace, ainsi que nous l'avons montré plus haut ; le tendon peut se mortifier. S'il s'agit du pouce ou du petit doigt, la complication sera beaucoup plus redoutable en ce que ces deux doigts ont leur séreuse en communication avec les gaînes de la paume de la main, d'où la possibilité de synovites suppurées des gaînes de la paume de la main et de l'avant-bras.

On a pu signaler encore comme complications survenant au cours d'un panaris des arthrites des articulations phalangiennes, la propagation du phlegmon à la main et à l'avant-bras, la lymphangite du membre supérieur ; et même la pyohémie. Je ne puis que mentionner ces diverses accidents par bonheur assez rares sauf cependant l'ostéite et la nécrose de la phalangette, au contraire assez communes.

Le diagnostic du panaris ne présente pas de difficultés, j'insisterai seulement sur l'utilité qu'il y a à explorer attentivement la pulpe du doigt par la pression, car dès que celle-ci détermine en un point une douleur vive, aiguë, une sorte de piqûre, il n'y a plus guère à espérer la résolution de l'inflammation, la suppuration est à peu près inévitable, il est alors avantageux de faire dès ce moment une incision correspondant à ce point douloureux, et l'on trouvera une gouteletto de pus ou un bourbillon en voie de formation.

Le pronostic du panaris présente une gravité relative, la maladie est très douloureuse, elle est longue, elle s'accompagne souvent de complications ; aussi le traitement doit-il tendre à en diminuer la durée et à prévenir les complications.

Quant à la nature du panaris, plusieurs opinions sont mises en avant :

Billroth le considére comme étant une simple inflammation du tissu cellulaire ; pour Roser cette inflammation se rapproche de celle qui amène le furoncle, c'est une inflammation fibrineuse.

Enfin je citerai l'opinion de Chassaignac, Bauchet, Dolbeau, Chevalet, Sappey, pour qui le panaris est une inflammation des vaisseaux lymphatiques de la région.

Il est difficile de se prononcer entre ces différentes opinions, d'autant plus que souvent on rencontre réunis les trois facteurs dont chacun est donné comme la caractéristique de la maladie ; nous serions peut-être plus disposés à faire jouer le rôle principal à la nature de l'inflammation, qui est caractérisée par un exsudat fibrineux.

Un traitement rationnel vous permettra souvent de préserver vos malades de ces complications s'ils s'adressent à vous dès le début, et non pas après avoir essayé tous les remèdes populaires, grâce auxquels ils arrivent si fréquemment à perdre leur phalange, sinon leur doigt.

Le seul traitement qui convienne est le traitement antiphlogistique. Vous avez soin, dès l'abord, de faire placer le bras dans une écharpe en élevant la main autant que possible.—La position est importante.—Puis vous prescrivez des bains locaux, deux à trois par jour, chacun de une heure à une heure et demie, bains émollients d'eau de guimauve, à laquelle vous ajoutez de l'acide phénique en cas de plaie. Dans l'intervalle des bains, de larges cataplasmes sont appliqués, recouverts de taffetas gommé. En même temps vous ne devez pas négliger les révulsifs intestinaux.

Si, malgré ces soins, l'amélioration ne se produit pas, si les souffrances continuent, si l'insomnie persiste, vous ne de-

vez pas plus longtemps hésiter à recourir au bistouri : vers le troisième ou le quatrième jour. il faut inciser le doigt malade en un point déterminé, en celui où par la pression on produit une sensation de piqûre violente ; et, si les douleurs reviennent, si l'amendement qui suit toujours immédiatement le débridement, ne se maintient pas, incisez à nouveau.—J'ai insisté sur ces poussées successives qui se montrent quelquefois dans le panaris.

Après l'incision, on applique sur le doigt des cataplasmes émollients, recouverts d'huile phéniquée, et l'on prescrit des bains locaux phéniqués.

Pour abréger la marche de la maladie, pour éviter les incisions successives, si souvent nécessaires, on a songé à des opérations plus radicales dès le début,—je veux parler du curage et de l'incision par transfixion de la pulpe du doigt.

Le *curage* se fait par une incision suffisante, à travers laquelle on passe une curette qui fait l'abrasion de la pulpe du doigt ;—ce traitement a été proposé également pour l'anthrax.

Dans l'incision par transfixion, que je suis disposé à proposer pour certains cas, on taille une sorte de lambeau palmaire qui ouvre la plupart des alvéoles, permet l'expansion facile des exsudats et empêche l'étranglement ; l'inflammation n'aura pas alors le temps de gagner le périoste de l'os. Cette opération conviendrait quand l'on craint l'inflammation de toute la pulpe, que celle-ci est gonflée et douloureuse dans presque tous ses points.—(*Gazette Médicale*, 16 juillet 1881.)

M. Gauthier a trouvé dans la salive humaine normale une substance très toxique, surtout pour les oiseaux, qu'elle stupéfie profondément, substance soluble et non albumineuse dont l'activité résiste à une température de 100 degrés.

Elle est principalement formée d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloro-aurate solubles et cristallisables, et de la nature des alcaloïdes cadavériques, car l'extrait de la salive donne du bleu de Prusse avec le ferri-cyanure de potassium et un sel ferrique.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Sur les affections chirurgicales des pieds.

Leçon clinique de M. le professeur GOSSELIN,

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'affections qu'on rencontre assez fréquemment aux pieds, et qu'on désigne sous les noms d'oiguon, cor, durillon, mal plantaire ou mal perforant, vous montrer les différences qui les séparent, et établir les rapprochements qu'on peut faire entre elles.

Au nº 31 de la salle Sainte-Vierge se trouve un homme qui est entré avec un abcès à la partie interne et postérieure du gros orteil droit. Cet abcês, qui s'est ouvert spontanément, est devenu fistuleux, et il est facile, à travers son orifice, de conduire un stylet dans une petite cavité sous-cutanée ; il n'y a pas de lésion osseuse. Cet abcès a été précédé par une petite tumeur à laquelle on donne le nom d'oignon. L'oignon est constitué par un léger épaississement de la peau, au-dessous de laquelle se développe une véritable bourse séreuse ; la compression de la petite tumeur provoque de la douleur, et il en résulte une certaine gêne dans la marche ; puis, sous l'influence d'une compression trop forte ou d'une contusion, la bourse séreuse s'enflamme, et il se produit un hygroma. Dans le cas qui nous occupe, l'inflammation reconnaît pour cause une double pression : celle qu'exerce la chaussure, de dehors en dedans, et celle qu'exerce de dedans en dehors l'extrémité antérieure du premier métatarsien qui, affecté d'hyperostose, présente à sa partie interne une saillie très notable. En résumé, et c'est là le point important, ce qui constitue l'oignon, c'est la présence, au-dessous de la peau très légèrement épaissie, d'une bourse séreuse constante et bien développée, au niveau d'une saillie anormale du premier métatarsien ; cette saillie peut dépendre, comme cela a lieu souvent, d'une subluxation en dehors du gros orteil, ou, comme cela s'est passé chez notre malade, d'un développement anormal de ce même os, sans déviation de l'orteil. —

Vous avez vu, au nº 4 de la même salle, un malade auquel j'ai ouvert un abcès situé à la face externe du petit orteil gauche, dont le point de départ a été un cor et une inflammation développée au-dessous de ce cor. Il existe, en effet, au niveau du point abcédé, un épaississement de l'épiderme facile à constater. La pression à ce niveau est fort douloureuse, ainsi que sur la face dorsale du pied qui est très rouge, légèrement gonflée. Nous n'avons pas, comme dans le cas précédent, à faire intervenir la compression d'un métatarsien hypertrophié : la pression exercée par la chaussure doit seule être incriminée. En quoi le cor diffère-t-il de l'oignon ? Le cor est constitué par un épaississement cansidérable de l'épiderme et du derme, il peut présenter et il présente en général une petite bourse séreuse à sa face profonde, mais c'est là une lésion accessoire, ce n'est pas l'élément prédominant comme dans l'oignon. Nous devons ajouter cependant que lorsqu'un cor s'enflamme, le point de départ est ordinairement dans la bourse séreuse, lorsqu'elle existe. Les abcès consécutifs aux cors sont souvent observés chez les personnes inexpérimentées qui les coupent trop profondément. Chez notre malade, il n'y a pas à invoquer cette cause ; l'inflammation sous-jacente au cor et devenue phlegmoneuse, suppurative, paraît être arrivée spontanément ou à la suite d'un excès de pression dans une marche forcée

Je ne laisserai pas passer ce malade sans vous parler de la rougeur qu'il présente à la face dorsale du pied. Elle a manifestement pour point de départ le cor enflammé, et pourrait faire songer tout d'abord à de l'érysipèle ; mais le malade n'a pas de fièvre, on n'a observé aucun des symptômes généraux qui accompagnent l'érysipèle ; ce n'est que de l'érythème. Comme lésion locale, les deux affections se ressemblent beaucoup ; il s'agit en effet d'une dermite ou cutite, ou inflammation des différents éléments qui constituent la peau, inflammation à laquelle participeraient toutes les parties vasculaires, aussi bien les vaisseaux sanguins que les vaisseaux lymphatiques. Ceux qui attachent à l'altération de ces der-

niers la plus grande importance on peut dire que c'est une lymphangite, non pas cette lymphangite des gros troncs qui porte le nom de tronculaire, mais la lymphangite des réseaux superficiels, à laquelle on a donné le nom de réticulaire. De part et d'autre il y a dermite, et en même temps phlébite capillaire et lymphangite ; mais l'érythème est apyrétique, ou s'accompagne d'une réaction fébrile peu marquée ; l'érysipèle au contraire est une maladie fébrile, avec des symptômes généraux graves, dûs à une infection de l'économie. On discute encore sur la nature de l'agent infectieux. Quant à nous, nous avons toujours été convaincu que l'érysipèle est dû à l'absorption par les tissus ouverts d'un principe septique qui, formé dans la plaie, se diffuse dans tout l'organisme ; il est vrai que nous n'en avons pu démontrer l'existence matérielle. Peut-être verrons-nous la question jugée par le mouvement scientifique qui, à l'heure actuelle, porte les esprits vers l'étude des microbes.

Mais revenons à notre sujet. Au n° 28, nous avons un exemple d'une autre affection qu'on a nommée mal perforant plantaire, mais que j'aime mieux appeler simplement plantaire. Chez notre malade, l'affection siége à la partie moyenne de la surface saillante située au-dessous des articulations métatarso-phalangiennes ; elle peut siéger ailleurs, et sans aller plus loin le même malade a dû déjà subir l'amputation des deux gros orteils à la suite d'un mal plantaire de la pulpe de ceux-ci. La lésion initiale du mal plantaire est encore un épaississement dermo-épidermique, une accumulation épithéliale jointe à un épaississement du derme, en un mot c'est la même que le cor ; seulement, ici l'épaississement est beaucoup plus étendu, il est diffus, étalé pour mieux dire, et l'usage a consacré le mot de durillon pour ces corps étalés. Cette lésion initiale, véritable durillon plantaire, s'observe fréquemment chez des personnes qu'y prédispose une conformation vicieuse, le pied plat par exemple, ou bien chez celles dont la tête des métatarsiens fait une trop grande saillie. En dehors de ces causes prédisposantes individuelles, il est cer-

tain que la station debout prolongée, une marche exagérée, peuvent être la cause du durillon plantaire. A un degré plus avancé, nous voyons des abcès se développer ; une inflammation ulcérative leur succède, une fistule persiste. en un mot nous observons là ce qui peut arriver pour les oignons et pour les cors. Mais les fistules consécutives aux oignons et aux cors abcédés guérissent encore assez facilement, elles ne s'accompagnent que de phénomènes inflammatoires passagers, et les récidives ne sont pas fréquentes. Dans le mal plantaire, au contraire, on n'obtient la guérison des fistules qu'avec les plus grandes difficultés, à la suite d'un repos prolongé, et la récidive est la règle : à preuve notre malade auquel, nous l'avons dit déjà, on a enlevé les deux gros orteils pour une affection semblable, qui semblait guérir par le repos, mais se reproduisait aussitôt que le malade marchait. Ainsi se montre dans toute son évidence l'influence de la malformation plantaire qui, chez cet homme, a présidé au développement successif des maux plantaires qui l'ont affecté. Au lieu de s'étendre en largeur, la fistule du mal plantaire gagne en profondeur ; ses parois se recouvrent d'un tissu spécial que Follin crut être de nature épithéliale, opinion que n'ont confirmée ni la marche générale du mal, ni les recherches ultérieures. Dans un deuxième degré, le mal plantaire atteint les gaînes synoviales des tendons, et arrive jusqu'au périoste qu'il dénude. Un pas de plus, et le troisième degré est constitué : les articulations sont envahies, le périoste est détruit, les os nécrosés ou cariés, une suppuration longue s'établit.

Par ce qui précède, messieurs, je vous ai montré quelles différences et quelles analogies existent entre l'oignon, le cor et le mal plantaire. Transportons ces données au traitement et voyons quelle thérapeutique nous instituons pour chacun des trois malades qui ont fait le sujet de cette leçon.

L'abcès fistuleux consécutif à l'oignon n'ayant aucune tendance à se cicatriser, comme toutes les cavités suppurées analogues, hygromas, kystes, nous avons fendu crucialement la paroi superficielle de la petite cavité, et nous excitons le

bourgeonnement des parties profondes vers les superficielles en maintenant au fond de la plaie de petits morceaux de tarlatane couchés dans l'incision cruciforme.

Au n° 4, nous avons ouvert le petit abcès chaud développé au-dessous du cor, et selon la pratique que nous avons adoptée dans un grand nombre de circonstances, nous avons, après la sortie du pus, injecté de l'alcool pur dans la cavité. Comme vous avez pu l'observer dans nos salles, ce mode de traitement diminue la suppuration et favorise une cicatrisation rapide.

Quant au mal plantaire, nous pourrons le guérir par le repos ; mais si le malade recommence à marcher, les récidives seront inévitables. Aussi, instruit par l'expérience, celui-ci nous a-t-il, de son propre mouvement, demandé une jambe de bois. Non seulement nous la lui accorderons, mais nous la lui aurions conseillée, persuadé que c'est là pour lui le seul moyen de se débarrasser des tracasseries que lui suscite son mal plantaire.—(*Gazette Médicale*, 16 avril 1881.)

Brochures reçues.

Des intermittences du pouls, de la syncope et de la mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par le Dr Langlet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Walsh's retrospect, a quaterly compendium of American Medicine and Surgery. Edited and published by Ralph Walsh, M.D., Washington..

Hôtel-Dieu.

Dans le cours du mois de juin dernier M. le Dr Hingston a encore pratiqué avec le plus grand succès l'opération de l'ovariotomie.

De l'hémoptysie et de son traitement ;

Par le docteur Dauvergne père
Médecin de l'hôpital de Manosque, des épidémies
de l'arrondissement de Forcalquier.

Malgré les recherches anatomo-pathologiques modernes, il s'en faut que l'on soit assez éclairé sur les causes du crachement de sang venant du poumon pour diriger suffisamment la pratique. D'autre part, le traitement exposé dans les livres classiques est une répétition invariable sans critique, adressée à presque toutes les hémoptysies, et laissant ainsi les praticiens dans un perpétuel embarras.

La première question qui se pose à l'apparition d'un crachement de sang est de savoir s'il est occasionné par la présence de tubercules, et cependant, si cette cause aggrave le pronostic, elle ne modifie en rien le traitement. Ce qui le change, ce seront d'autres circonstances dont nous ne devons pas traiter dans ce travail, mais que nous devons faire remarquer aussitôt, précisément afin de faire bien distinguer les espèces d'hémoptysies dont nous devons nous occuper. Pour cela, j'ai pensé d'établir une classification de ces hémorrhagies pulmonaires, pour voir dans un coup d'œil leurs différences pathogéniques, et juger de suite par leurs origines de leur différence de traitement.

Dans ce tableau ne figurera pas l'hématémèse, que je suppose parfaitement connue et différenciée des hémorrhagies qui se font aussi par la bouche, mais qui arrivent aussi de la poitrine, soit qu'elles partent des bronches, des gros vaisseaux pulmonaires, ou même refluent du cœur.

Classification des hémorrhagies de la poitrine.—Hémoptysies symptomatiques : tuberculeuses (primitives, consécutives), inflammatoires, apoplectiques (par embolies, par thromboses, par gangrène) ;

Hémoptysies accidentelles : constitutionnelles, affections cardiaques, ruptures (vasculaires, aortiques), supplémentaires.

Je ne traiterai pas des hémorrhagies provenant des affec-

... ...eur ou de ruptures des gros vaisseaux, parce qu'el-les sont assez faciles à reconnaître par les commémoratifs, et parce qu'elles ne sauraient réclamer le même traitement que celles qui sont occasionnées par des moyens d'inflammation ou de congestion produite par des tubercules, ou par suite de disposition hémorrhagique constitutionnelle. Je ne m'occuperai que de ces dernières espèces, parce qu'en définitive elles proviennent ou elles laissent un état de congestion qu'il s'agit de combattre et qui est heureusement combattu par les mêmes moyens. En un mot, je ne traiterai que des hémoptysies du précédent groupe de ma classification.

D'ailleurs, comment différencier ces sortes d'hémoptysies ? Pendant qu'Andral disait que sur cinq hémoptysies quatre étaient tuberculeuses, Trousseau " croit pouvoir affirmer que sur un nombre déterminé de véritables hémoptysies il y en a autant de non tuberculeuses que de tuberculeuses." (Pidoux, *Etude sur la phthisie,* p. 257.) Tandis que le crachement de sang, dit Pidoux, " n'a pas pour cause réelle immédiate la présence physique des lésions tuberculeuses formées." (*Ibid.*, p. 270.)

Ce qu'il y a de certain encore, c'est que " l'hémoptysie, considérée en elle-même, ne fournit jamais des données capables de conduire à la détermination de la lésion qui produit le crachement de sang." (Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*, t. IV, p. 461.) Pareillement, le professeur Bouillaud a justement déclaré qu'on pouvait deviner une hémoptysie tuberculeuse, mais qu'on ne la diagnostiquait jamais.

Enfin, la clinique atteste, d'autre part, " qu'à côté d'hémoptysies qui hâtent la marche de la phthisie, il y en a beaucoup qui lui sont indifférentes, et un certain nombre qui lui sont salutaires en éloignant pour longtemps, quelquefois pour toujours, de nouvelles éruptions de broncho-pneumonies tuberculeuses." (Pidoux, *ibid.*, p. 268.)

J'ai soigné deux sœurs, l'une aujourd'hui âgée de cinquante ans, l'autre de quarante, qui ont des constitutions hémor-

rhagiques extraordinaires et qui, aujourd'hui, se portent à merveille. L'aînée a eu des épistaxis effrayantes ; la seconde, après avoir eu, à l'âge de seize ans, une perte utérine grave et rare à cet âge, a eu deux hémoptysies considérables, mais rapides ; depuis elle se borne à être abondamment réglée. Lors de ses hémoptysies, je m'effrayai plus qu'elle, qui immédiatement après se trouva si bien, qu'elle ne voulut faire aucun remède, et que depuis près de dix ans, quoique maigre, elle travaille avec activité, vivacité et gaieté,

J'ai pareillement dans ma clientèle une jeune fille, dont le frère est mort phthisique sans hémoptysie, pendant qu'elle, il y a quelques années, eut un vomissement de sang subit et considérable, provenant manifestement des voies respiratoires. Depuis aucun signe n'a pu faire soupçonner la tuberculose : fraîche, jolie, robuste, les chairs fermes, gaie, bien réglée ; mais ne deviendra-t-elle pas tuberculeuse ? Ce serait assez étrange ! Toutefois je remarque qu'il y a plus de phthisies sans qu'avec hémoptysie.

L'hémoptysie n'est donc pas toujours un symptôme alarmant, et lors même qu'elle est la conséquence de la tuberculose, elle est, dit-on, plutôt un soulagement qu'une aggravation de la maladie. Qui ne sait que mon excellent ami et maître le savant professeur Gerdy est parvenu jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans après avoir eu diverses hémoptysies ? Je vois quelquefois une femme qui approche de soixante-quinze ans, maigre, catarrheuse, essoufflée, dyspnéique, assurément tuberculeuse, qui, depuis vingt ans, plus de deux fois par an a un crachement de sang plus ou moins abondant en persistance. C'est ainsi que j'ai été frappé de la vérité de ces paroles, lorsque le professeur Fonssagrives dit : " Il faut tout faire pour prévenir la fluxion hémoptoïque, et respecter l'écoulement du sang quand il n'est pas compromettant par son abondance." (*Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, p. 63)

Malheureusement, que peut-on quand le crachement de sang est compromettant par son abondance ? Ne provient-il

pas alors de la rupture ou de l'ulcération de quelque gros vaisseau ? Il y a deux ans qu'un pauvre phthisique dans le marasme, crachant du pus depuis longtemps, et chez lequel le cœur n'était pas sans lésion, est pris tout à coup d'un vomissement de sang si abondant qu'il en inonde son lit et sa chambre, puis tombe en convulsion ; des sinapismes, du vin généreux, du perchlorure de fer le ranimèrent légèrement, pour s'éteindre deux jours après. Cette abondance si subite de sang ne pouvait provenir que d'une rupture de vaisseau ou d'une ulcération caverneuse, ayant atteint quelque artère pulmonaire importante. C'est ce que j'appelle une *hémoptysie consécutive.*

J'ai cru constater qu'une toux préalable, sèche, précédait de plusieurs jours l'hémoptysie tuberculeuse ou dépendante de quelque point enflammé du poumon ; tandis que dans l'apoplexie pulmonaire, que d'autres ont appelée *pneumo-hémorrhagie*, l'éruption du sang était subite et sans aucun symptôme précurseur. Je tendrais donc à croire qu'il s'agit ici de quelque déchirure pulmonaire, malgré que, depuis Laennec, les pathologistes n'admettent de ruptures de vaisseaux qu'en cas d'ulcérations de l'aorte et des veines pulmonaires à la suite des maladies du cœur. Aussi Grisolle croit l'apoplexie pulmonaire toujours mortelle, et refuse d'admettre la guérison d'une pneumo-hémorrhagie que produit Gendrin. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai soigné un vieillard et un enfant de douze ans ayant eu une de ces apoplexies pulmonaires subites, inattendues et prodigieuses, et qui s'en sont tirés à merveille ; l'enfant est aujourd'hui un vigoureux paysan. J'ai pu constater dans ces deux cas ce qui est indiqué, que le sang était moins rutilant, moins spumeux, parce qu'il était moins fouetté avec l'air dans les bronches, l'hémorrhagie étant plus abondante, plus rapide, rejetée à plus grands flots. Toutefois, sitôt qu'il est prouvé que le crachement de sang ne provient pas de l'aorte ou d'une maladie du cœur que les commémoratifs expliquent, le traitement ne saurait être très différent. Tubercules, noyaux inflammatoires excitants ou

rupture de quelque vaisseau pulmonaire, témoignent autant d'une congestion primitive que consécutive, et c'est précisément cette congestion, cause première ou persistante, qu'il faut combattre. De tout temps, en pareil cas, on a préconisé la saignée, qu'on a crue dérivative ; les astringents, les révulsifs. Malheureusement, s'il est douteux que la saignée soit dérivative, il est certain qu'elle ajoute à la perte de sang de la maladie celle de la thérapeutique. Les astringents arrivent trop indirectement sur le poumon pour produire quelque effet, et la plupart des révulsifs à notre disposition ne sont pas assez puissants. Les ventouses Junod seules pourraient avoir quelque action, que l'on croit cependant trop éphémère.

J'ai soigné, il y a une trentaine d'années, un forgeron âgé de vingt ans, d'une musculature puissante, et cependant issu d'une mère qui mourut phthisique et d'un père qui avait eu des frères ou scrofuleux ou phthisiques. Ce jeune homme fut pris tout à coup de l'hémoptysie la plus abondante et la plus persistante. Laennec a cité des hémoptysies de 6 kilogrammes. Grisolle cite J. Frank qui en avait évalué de 6 à 14 kilogrammes. Je ne pourrais estimer à moins l'hémorrhagie dont je parle ; le malade en remplissait des cuvettes et inonda sa chambre. Elle fut d'ailleurs tellement grave que ce jeune homme resta plus d'un an à se remettre, bien qu'il ne crachât plus un seul filet de sang, Mais il toussait, et tout le côté gauche avait une submatité générale. La respiration y était fort obscure, avec quelques râles muqueux disséminés.

Evidemment, si tout le poumon n'a pas été engoué et congestionné dans son parenchyme au moment de l'hémoptysie, ce sang si prodigieusement abondant a été fourni par les plus petites radicules de tout l'arbre bronchique, et de là à une congestion parenchymateuse, il ne saurait y avoir grande différence ; d'autant plus que diverses autopsies, et notamment celle du frère du malade, m'ont prouvé que, dans ces cas, la congestion persistante détermine des néoplasies qui se manifestent par un tissu interaréolaire rendant le poumon

plus charnu, moins perméable et crépitant, et d'une couleur moins prononcée, c'est-à-dire plus blanc.

Donc, quoi qu'on dise de l'hémoptysie et de la pneumo-hémorrhagie, il doit y avoir des nuances infinies. Ainsi, dernièrement une jeune dame, à la suite d'une pleurésie, à mon sens mal traitée, pendant qu'elle était dans une convalescence de fort mauvais aloi, alors qu'elle était alimentée par de bons bouillons additionnés de viande crue et pilée, des côtelettes et des biftecks, quelquefois du gibier, sans excepter le lait pour boisson, au lieu de tisane, alors qu'elle avait le pouls fréquent, 90, 95 et 100, fut prise d'une douleur sur le sein gauche (côté opposé à la pleurésie). Matité sur ce point dans l'espace de la paume de la main, limitée entre la troisième et la cinquième côte ; tandis que plus haut, à la région claviculaire, le son était clair. L'auscultation donnait au point obscur un bruit de souffle assez fort, et plus haut dans l'espace sous-claviculaire une respiration exagérée, un peu rude, mais sans râle crépitant ou craquement. J'ajoute que, quelques jours avant la douleur, l'auscultation ne témoignait de rien d'anormal, et surtout d'aucune matité, d'aucun souffle, preuve qu'une masse tuberculeuse ne s'était pas développée dans l'espace d'un ou deux jours, et surtout hors de son point d'élection, le sommet du poumon. La fièvre augmenta (110, 116, 120), la chaleur devint vive, les urines rouges. La toux, qui avait précédé de quelques jours ces phénomènes, et qui n'avait pu être calmée par diverses préparations opiacées, amena quelques crachements de sang, peu rutilant, pouvant être estimés pendant les trois jours qu'ils persistèrent à 70 grammes ou peut-être 100 grammes. Précédemment cette dame mouchait parfois du sang, et en même temps que ces hémorrhagies pulmonaires et nasales s'effectuaient, les règles survinrent à leur époque, furent abondantes et régulières comme dans la plus parfaite santé.

Est-ce là une hémoptysie symptomatique de tubercules ou la suite de cette inflammation pulmonaire circonscrite et limitée ? Le sommet du poumon n'est pas engoué, la matité que

l'on constate est plus bas et elle s'est manifestée tout à coup avec la douleur ; dans ce cas, n'est-elle pas plutôt un signe de péripneumonie ? De plus, quelques jours après, la matité persistant, le souffle disparut. N'est-ce pas là l'annonce d'une organisation pseudo-membraneuse de la plèvre, comme dans tout le côté droit de cette même malade, dont nous parlerons encore un jour en traitant de la pleurésie en particulier ?

Dans cet état, avec les incertitudes de la science au sujet des premiers signes de la tuberculose, n'y a-t-il pas plusieurs raisons de croire plutôt à un crachement de sang provenant à la fois de l'engorgement subit péripneumonique limité et constaté, et du molimen hémorrhagique que manifestaient en même temps des saignements de nez et les règles ? molimen hémorrhagique préparé encore par un état inflammatoire mal éteint ; premièrement par la rareté des évacuations sanguines sous le prétexte que la malade était anémique, elle qui, quoique d'un teint très blanc, avait des lèvres de corail, les gencives, la langue et les conjonctives très rouges ; secondement, parce que, au contraire d'antiphlogistiques, on a traité sa pleurésie avec des vésicatoires pendant la fièvre et l'état aigu ; vésicatoires qui ont eu pour effet immédiat de rendre mat le murmure respiratoire, insensible depuis la pointe du scapulum jusques au-dessus de la fosse sous-épineuse ; troisièmement enfin, par la nourriture fortement animalisée et intempestive, au moment où l'excitation circulatoire n'était pas encore suffisamment éteinte. Toutes ces conditions pathologiques et antihygiéniques peuvent-elles compter pour rien dans ce molimen hémorrhagique et le crachement de sang ? Graves a dit avec un sens bien profond : Une convalescence prolongée est toujours dangereuse." (*Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 65.) " La convalescence, dit Chomel, peut être interrompue par le retour de la maladie ou le développement d'une autre affection." (*Dictionnaire* en 21 volumes, art. CONVALESCENCE.)

Voici un autre fait qui prouve deux choses : premièrement, qu'une convalescence incomplète est toujours fort dangereu-

se, comme l'a dit Graves ; et secondement, qu'une inflammation pulmonaire chronique donne lieu à des hémoptysies, comme l'apoplexie pulmonaire et la tuberculose. Ce cas, une observation de Laennec, celle de Gendrin prouveraient que, tandis que l'hémoptysie est constante dans ce cas, elle ne l'est pas dans la tuberculose, parce qu'il y a nombre de phthisiques sans crachement de sang ni primitif ni consécutif.

En 1851, un régiment fut envoyé de Toulon dans les Basses-Alpes, et notamment à Manosque. Un jeune soldat, écervelé de sa nature, tambour, après avoir conservé des vêtements mouillés pendant une journée, fut pris à Toulon d'une pneumonie et y fut traité par les saignées et le tartre stibié. Aussitôt debout, il voulut partir et rejoindre son régiment. En route, il crache du sang et s'alite à Valensole, à Digne, aux Mées, où il fut soigné à peu près partout ; mais, toujours impatient, il en part à peine amélioré, s'alimentant comme il l'entendait. Enfin, arrivé à Manosque, il entre à l'hôpital, où on en avait désespéré, lorsque je repris le service. A ce moment, je le trouvaai avec le côté gauche entièrement plein, tout à fait mat de la base au sommet, et remplissant plusieurs fois son crachoir de sang rutilant. Son pouls était petit, filiforme ; la respiration précipitée, dyspnéique ; partant, il était d'un amaigrissement et d'une faiblesse extrêmes. Que faire ? Le saigner, c'était impossible ; lui donner du tartre stibié à hautes doses, n'est-ce pas l'exposer à des secousses trop violentes pour sa faiblesse ? à doses nauséeuses, aurait-il le temps d'en ressentir quelques effets ? Dans cet embarras, j'hésitai, puis j'essayai du traitement suivant : soir et matin, pendant deux heures, entretenir un bain de pieds chaud et quelquefois sinapisé, pendant qu'il est en travers de son lit à demi couché, soutenu par des oreillers. En même temps appliquer sur le côté malade des linges trempés dans de l'eau froide et constamment renouvelés. De l'eau gommée et toutes les trois heures, puis toutes les deux heures, du lait coupé avec cette même eau, tout cela pour nourriture et unique boisson. Deux jours après, le

malade ne crachait plus de sang rouge, c'est-à-dire nouvellement épanché, il crachait du sang noir, qui était déposé depuis longtemps, puis des crachats jus de pruneaux, à mesure que l'hépatisation pulmonaire se résolvait et que la poitrine redevenait progressivement sonore. Enfin, deux mois après, cette pneumonie quatre ou cinq fois en récidive, et ayant produit des hémoptysies abondantes, fut guérie par la persévérance de cette simple médication dérivative et révulsive aidée de la diète la plus rigoureuse et exclusivement lactée.

Je rappellerai ici deux pneumonies du sommet, l'une sur un paysan robuste et vigoureux d'une soixantaine d'années, l'autre sur un maçon de quarante cinq ans, pareillement vigoureux, et fortement constitué. Ils avaient des crachements de sang pur et abondant, avec de la matité au sommet de la poitrine, râles crépitants, souffle, etc. La diète, la saignée, les antimoniaux, chez le premier, que je visitai avec feu mon confrère M. Jouvent de Gréoux, le remirent deux ou trois fois ; mais, ne pouvant être contenu à un régime lentement progressif, il finit par succomber. Le second, que je ne vis qu'après quelques mois d'un traitement par les vésicatoires, fut considérablement amélioré par la diète et une médication antimoniée et digitalée ; mais, malgré sa bonne volonté, lorsqu'il arrivait à prendre une certaine nourriture, les phénomènes phlegmasiques et hémorrhagiques recommençaient, de sorte qu'il succomba aussi, comme le malade cité par Laennec et ceux de Grisolle. Voilà bien des faits qui prouvent d'abord que l'hémoptysie survient dans d'autres circonstances que dans celles de la tuberculose, et que probablement Trousseau a eu raison lorsqu'il disait qu'il y avait autant d'hémoptysies provenant d'autres causes que de la tuberculose.

D'autre part, le fait du soldat guéri et ceux-ci même attestent la grande influence de la diète dans ces phlegmasies pulmonaires ; et cependant aujourd'hui, à la suite des doctrines anglaises et surtout allemandes, on a exagéré pour toutes les maladies l'alimentation. M. Foster, en particulier, même M.

Pidoux pour la tuberculose, ont préconisé une nourriture animalisée, même alcoolique, en disant qu'il fallait soutenir les organes digestifs pour lutter contre l'affaissement morbide et la misère organique. Mais sait-on si l'organe digestif était disposé à fonctionner, sait-on si on ne l'a pas plus fatigué que soutenu ? N'est-il pas encore ici question du *consensus unus* ? l'ingurgitation s'accorde-t-elle avec l'assimilation ? Celle ci même profite-t-elle à l'organisme en général ou agit-elle au profit de l'état pathologique en exitant la fièvre et le calorique ? N'est-on pas en droit de répéter avec M. le professeur Peter : "*Ce peut être là une polyphagie de bonne intention et de mauvais effet*" ? Qu'on en juge par le cas de la dame citée plus haut.

Chez cette dame, l'engorgement péripneumonique disparu, les crachements de sang cessèrent avec lui ; mais, faute de traitement énergique avant, comme après, à raison de la continuation du régime alimentaire succulent, la fièvre persista, s'exaspéra, et finit avec le temps par user cet organisme délicat, qui succomba après sept mois dans une sorte d'incandescence sans trève ni repos.

Voilà des faits qui prouvent, je crois, qu'il y a peu de différence à établir entre les hémorrhagies tuberculeuses ou celles qui proviennent d'un état inflammatoire, hépatisations locales ou étendues des poumons ; et que ces divers genres de *stimulus* se rattachent à une congestion primitive de l'organe respiratoire, et exigent, avec un abaissement de calorique qui agit toujours au profit de la maladie, un traitement antihypérémique énergique et rapide.

Traitement.—La première chose que j'ai bien constatée dans ma vieille pratique, c'est que huit fois sur dix les hémoptysies sont précédées d'une toux sèche, gutturale, opiniâtre, comme nerveuse, nullement catarrhale. Dans ces circonstances, l'hémoptysie provient ou de tubercules préexistants, toujours d'une congestion, premier indice de tubercules ou le prélude de quelque point phlegmasié. Toujours est-il que, plus préoccupés de cette toux que de la congestion qui l'a

produite, nous donnons de l'opium ou l'une de ses diverses préparations. Mais si le remède agit quelquefois les premiers jours, il devient bientôt absolument inutile. La toux persiste et augmente, et un beau matin nous sommes appelés parce que le malade rend des crachats sanglants ou vomit du sang à pleine gorge. Aujourd'hui, suffisamment averti par la persistance de cette toux que je puis appeler *prémonitoire*, je n'hésite pas à instituer mon traitement.

Avant d'exposer ce traitement, je dois passer rapidement en revue ceux que les classiques conseillent, et déclarer que ce n'est que par leur inutilité bien constatée que je me suis mis à chercher une autre voie. La première chose que les auteurs conseillent, c'est la saignée, sans expliquer pourquoi. Ils la conseillent parce qu'elle a été conseillée, et se répètent ainsi sans discussion, sans remarquer que les médecins qui jadis la préconisaient ne connaissaient pas la circulation du sang, et croyaient ainsi dériver les courants sanguins comme on dérive un ruisseau.

Pierre Frank a dit cependant : " que la contrefluxion que l'on établit par la saignée ne détruit pas la fluxion. Souvent le sang coule des deux côtés et l'hémorrhagie continue."

J'ai pu vérifier l'assertion du grand praticien de Vienne. Le jeune forgeron que j'ai cité plus haut, qui remplissait tous les vases de la maison, qui inondait sa chambre, était tellement fort, vigoureusement musclé, que je ne crus pas devoir attendre une plus favorable occasion pour employer la saignée. Jc la pratiquai aussitôt *largâ manu*, deux fois, peut-être trois, et j'avais de la peine à supporter le poids de son bras, tant il était d'une musculature puissante. Malgré cette évacuation sanguine si bien indiquée, l'hémoptysie continua sans en être influencée le moins du monde. Ceci se passait il y a environ trente ans, et depuis je n'ai plus osé saigner.

Comme le conseillent tous les classiques, j'employai alors les astringents, souvent combinés avec les révulsifs, les décoctions de ratanhia, l'ergotine, la potion de Chopart, les limonades nitrique, sulfurique, l'essence de térébenthine,

l'eau de Léchelle, de Pagliari, le perchlorure de fer, la digitale et le nitrate de potasse préconisés par Aran. Or, de tous ces remèdes, je ne pourrais pas dire quel est celui qui m'a paru produire quelque effet ; c'était toujours le dernier que j'employais qui réussissait. Aussi, chez le forgeron dont il s'agit, après plusieurs jours d'essais de divers astringents, je prescrivis la limonade sulfurique et l'hémoptysie s'arrêta. Je me crus armé pour une autre circonstance, me promettant bien de commencer par ce moyen. Vain espoir, il ne produisit alors aucun effet, de sorte que je ne tardai pas à me convaincre que ces agents n'avaient aucune action sur l'hémoptysie, qui ne finissait que par son propre épuisement Je me consolai lorsque j'ai pu voir dans l'ouvrage de M. Pidoux " qu'une première hémoptysie peut juger dans la jeunesse une tuberculose à l'état naissant et épuiser cette grave disposition." (*Etudes sur la phrhisie*, p. 261.)

Oui, mais peut-on rester inactif devant un malade alarmé, auprès de parents désolés, et aussi devant un état fluxionnaire qui dénote une congestion préalable et surtout une congestion consécutive qui n'est pas toujours emportée par l'hémorrhagie, et qui peut préparer des altérations organiques ultérieures ? Cependant je n'avais plus à ma disposition que les astringents et les révulsifs ; par conséquent, je dus me demander pourquoi ils avaient été inutiles entre mes mains, et faire ce que les auteurs n'avaient pas fait, c'est-à-dire examiner, raisonner leur action pour en comprendre les effets.

Evidemment, disais-je, ces astringents ne peuvent agir que de trois manières : 1o en augmentant la contractilité vasculaire ; 2o la plasticité du sang ; 3o enfin en déterminant quelque caillot obturant sur la partie exhalante.

Mais, en admettant que ces médicaments agissent ainsi, savons-nous dans quel espace de temps ? Le malade pourra-t-il attendre lorsqu'il rejette du sang à flots ? D'ailleurs, est-ce bien la contractilité vasculaire obtenue, est-ce la plasticité du sang augmentée, ou bien sont-ce les caillots formés qui arrêtent l'écoulument du sang ? Je n'eus qu'à me rappeler et à

considérer que dans l'épistaxis, quels que fussent les astringents ingurgités, ce n'étaient que ceux portés dans la fosse nasale et aidés de la compression qui arrêtent l'hémorrhagie.

Or, dans la poitrine, en supposant que l'astringence pût arriver par la circulation générale jusqu'au point d'où s'écoulait le sang, ce n'était guère qu'en coagulant ce dernier que l'hémorrhagie pouvait s'arrêter. Mais alors ce caillot dans les bronches ou dans le tissu aréolaire du poumon n'est-il pas un corps étranger ? Comme tel, ne sollicitera-t-il pas la toux ? celle-ci ne déterminera-t-elle pas l'expulsion du caillot, et, par conséquent, le renouvellement de l'hémorrhagie ?

D'ailleurs, de ces astringents nous voyons écarter peut-être le plus puissant, le perchlorure de fer, pour les hémorrhagies que nous pouvons craindre tuberculeuses, car Trousseau insistait souvent dans ses cliniques sur les dangers qu'avait le fer de réveiller la diathèse tuberculeuse endormie et d'en faciliter les manifestations. M. le professeur Potain, dernièrement dans une de ses leçons, exprimait les mêmes répulsions que l'expérience lui avait inspirées. (*Gazette des hôpitaux*, 1er mars 1879.)

Restaient donc les révulsifs. Tout le monde conseille les bains de pieds sinapisés, les sinapismes le long des extrémités inférieures, autour des reins. Mais sont-ils suffisants ? Peuvent-ils même avoir une action favorable lorsque l'organisme est dans un état d'éréthisme, de phlogose générale que démontrent l'élévation du pouls, sa rapidité, la chaleur vive de la peau ? Portés aussi à la surface cutanée, excitant autant et plus les radicules nerveuses et partant la douleur que les vaisseaux capillaires, peuvent-ils détourner une fluxion qui s'opère dans les gros vaisseaux du centre de la poitrine ? Les ventouses, et surtout les ventouses Junod, que j'ai souvent regretté de n'avoir pas à ma disposition, seraient à la fois plus puissantes et plus rationelles, parce qu'elles détermineraient véritablement une contrefluxion importante. J'y ai suppléé autant que possible par la ligature des membres que conseillait Baglivi. Il m'est arrivé d'utiliser ainsi des

révulsifs éloignés pendant que j'appliquais sur la poitrine de la glace. Cette médication à la fois dérivative et révulsive, qui me réussit chez le tambour, me paraîtrait la seule rationnelle. Marie-Antoine Petit, dans sa *Médecine du cœur*, dit n'avoir pu arrêter une hémoptysie qu'en inondant sa malade d'eau froide ; mais il avertit qu'il ne fut payé que par la plus noire des ingratitudes, les gens du monde ayant horreur de l'eau froide et du froid.

Quelle foi ajouter à ces conseils aussi irrationnels que vulgaires d'appliquer des vésicatoires ? Gendrin, grand amateur du moyen, les appliquait par toute la poitrine ; Mertens, entre les deux épaules, lorsque Velpeau, plus logique, conseille à cet endroit un sinapisme en cas de perte utérine. Pierre Frank les plaçait à la cuisse, c'était plus physiologiqne. Mais n'est-il pas à craindre que le vésicatoire, eût-il une action préférable aux autres révulsifs, n'agisse que lorsque l'hémoptysie aura cessé, et qu'en étant inutile il ne soit d'ordinaire comme un tourment ajouté à la maladie ? Rien d'ailleurs n'a pu faire soupçonner son efficacité et les médecins cités n'ont pas eu d'imitateurs.

Voilà la thérapeutique de l'hémoptysie désarmée de presque tout ce que les auteurs conseillent. J'avais bien remarqué que Nonat, Levrat-Perrotin préconisaient le tartre stibié ; que Willis, Cullen, Stoll l'avaient fait avant eux ; je voyais que Giovanni de Vittis produisait nombre de faits ; mais cette méthode présentée d'une manière empirique, alors qu'il s'agissait de vomissement de sang, malgré l'adage : *vomitus a vomitu curantur*, ne me séduisait guère, lorsque le dénuement dans lequel j'étais m'amena à cette réflexion : L'hémorrhagie n'est-elle pas une sorte d'inflammation puisqu'elle est le produit d'une congestion ? l'hémorrhagie, dans tous les traités de pathologie, ne figure-t-elle pas à côté de l'inflammation ? Dès lors, pourpuoi ne pas traiter une hémoptysie comme une pneumonie, dont elle n'est quelquefois qu'un certain mode de manifestation ?

D'ailleurs, depuis longtemps je me trouvais très bien, dans

les affections chroniques de la poitrine, surtout celles que je croyais tuberculeuses, de l'administration du tartre stibié à doses nauséeuses, suivant les principes de Lanthier, Bricheteau et Fonssagrives, auquel j'associais encore la digitale et quelquefois la scille. J'essayai même cette sorte de traitement dans une hémoptysie peu abondante et persistante, mais sans résultat ; alors je résolus, dans le cas suivant, de traiter l'hémoptysie comme une inflammation pulmonaire.

Il y a environ dix ans, dans le courant d'un été, qu'une femme de trente-cinq ans, toussant depuis longtemps, très maigre, assurément tuberculeuse, ayant eu déjà plusieurs crachements de sang sans qu'elle ait été alitée et qu'elle s'en fût plainte, vaquant à son ménage et même à quelques travaux des champs, fut prise d'un crachement de sang plus abondant. Lorsque j'arrivai, elle en avait rempli plusieurs mouchoirs. Ce sang était pur, rutilant, et la toux qui provoquait cette hémorrhagie était incessante et fatigante. La malade était chaude, rouge, son pouls élevé et fréquent ; elle ne souffrait d'aucun point particulier de la poitrine, si ce n'est d'une chaleur et d'un brûlement ; la toux sans fin ni relâche seule la tourmentait. L'auscultation ne donnait rien d'essentiel à noter ; point de matité appréciable, des râles muqueux à grosses bulles seulement. Je lui ordonnai une cuillerée à bouche toutes les heures de la potion suivante :

Eau.........	120 grammes.
Tartre stibié.........	30 centigrammes.
Extrait de digitale	15 —
Sirop d'ipécacuanha...	30 grammes.
Eau de fleur d'orangers.........	. S.

Mêlez.

Dans l'intervalle des cuillerées de la potion, de l'eau froide gommée.

Les vomissements et les selles se répétèrent fréquemment dans la journée ; mais dès le soir, et surtout le lendemain, elle ne vomit que des mucosités à peine sillonnées par quelques filets de sang, et le troisième jour elle se trouvait tout à

fait bien ; plus de fièvre, plus de toux, et seulement quelques crachats muqueux. Je cessai de la voir, et ne l'ai revue que dans ces derniers temps, à l'occasion d'une douleur sciatique. Je l'ai trouvée toujours maigre, dyspnéique, toussant et crachant, mais plus le moindre filet de sang.

Evidemment, je n'avais jamais obtenu avec les astringents et les révulsifs un effet si manifeste et un résultat si rapide et si complet. Avec les autres moyens, l'hémorrhagie durait plusieurs jours, et, comme je l'ai dit, finissait plutôt d'elle-même que par l'action d'aucun remède ; de plus, la toux se prolongeait et était difficile à réduire. Ici, dès le troisième jour elle fut insignifiante, preuve indubitable que le remède avait agi sur l'inflammation ou la congestion pathogénique, le phénomène le plus dangereux. En effet, les travaux du professeur Fonssagrives avaient mis cette vérité au-dessus de toute contestation, lorsque j'ai lu depuis que M. Pidoux admettait les mêmes idées, puisqu'il dit : " L'hémorrhagie bronchique et l'inflammation catarrhale du parenchyme sont congénères, avec cette différence que l'inflammation est beaucoup plus grave que l'hémoptysie, *bcaucoup plus tuherculisante qu'elle*, et que, lorsqu'à la suite d'une hémoptysie la marche de la phthisie est plus rapide, c'est qu'elle a été remplacée par une inflammation des vésicules soit lobaires, soit lobulaires." (Ouvr. cité, p. 269.)

Mon traitement remplit donc la première et la principale indication, en s'adressant directement à la congestion pathogénique de l'hémoptysie et à l'inflammatson consécutive aggravante qui en résulte assez ordinairement. Voici d'ailleurs une observation plus concluante encore, qui me dispensera même d'ajouter plusieurs faits de ce genre et qui ne sauraient avoir une plus grande signification.

Le 2 février dernier, je suis appelé par une religieuse âgée de trente-sept ans, qui dans la nuit avait vomi deux cuvettes de sang, et ce n'était pas la première fois. Il y a quelques années qu'elle en avait craché, mais peu abondamment, de telle sorte que je n'en fus informé qu'après. Il lui resta alors

une toux fréquente, sèche, fatigante, et comme je me méfiais chez elle de la tuberculose, parce qu'elle avait eu diverses ostéites au cubitus, dont cependant elle avait guéri, je lui prescrivis l'usage assez prolongé des pilules stibiées et digitalées dont j'ai parlé. L'effet fut excellent, la toux fut calmée, puisqu'elle ne parut plus à ma visite que lorsque je fus appelé par elle. Je prescrivis alors la potion stibiée telle que je l'ai formulée plus haut, qui entraîna le premier jour des vomissements et des selles. Ce premier jour les vomissements furent mêlés de sang et de mucosités, mais dans toute la journée elle ne remplit pas une cuvette de ce mélange, tandis que la nuit elle en avait rempli deux de sang pur. " Le second jour, me dit cette bonne dame, lorsque *j'ai vomi par la potion, je n'ai rendu que des glaires, tandis que lorsque j'ai vomi* sans la potion, j'ai rejeté un peu de sang.—Eh bien, lui dis-je, ayez deux cuvettes, une pour les glaires, l'autre pour le sang, afin que nous constations bien la quantité que vous rejetez de ce dernier." D'ailleurs, plus de dyspnée, respiration à peu près normale, pouls calme, chaleur naturelle, et le surlendemain, la malade se hâta de me dire : " Je n'ai pas eu besoin de deux cuvettes, je n'ai plus rien vomi." En effet, il n'y avait que quelques crachats muqueux et spumeux dans une seule cuvette, et elle avait dormi une grande partie de la nuit. J'ordonnai cependant encore quatre cuillerées de la potion, comme précédemment de l'eau gommée froide, et, de plus, quelques tasses de lait coupé avec cette même eau dans l'intervalle des cuillerées.

Le 5, cette bonne religieuse, en me voyant entrer à l'infirmerie, s'écria : " Monsieur le docteur, je suis guérie," et réclama quelques aliments. Je lui prescrivis cependant encore trois cuillerées de la potion, un potage de riz au lait froid, et du lait un peu moins coupé.

Le 6, je trouvai cette dame levée, un peu pâle, tandis qu'elle était habituellement colorée, se disant à merveille, ne toussant pas. Cependant, par précaution, je lui conseillai en-

core de prendre les pilules stibiées et digitalées, auxquelles j'ajoutai de l'extrait de ciguë.

Le 8, elle voulut absolument aller faire sa classe de quatrième, et, en me priant de lui donner cette permission, elle me disait que ses élèves étaient sages et qu'elles ne la feraient pas trop parler. Depuis, cette bonne religieuse a été si bien, qu'on ne me l'a plus représentée à aucune de mes visites.

J'en étais là de ma pratique et de mes observations cliniques, lorsque, frappé de ces résultats, j'ai voulu en faire le sujet d'un mémoire particulier, et dès lors me livrer à quelques recherches. Or, ce ne fut pas sans une véritable joie que je trouvai dans Graves et Trousseau qu'ils employaient avec succès l'ipécacuanha à hautes doses et que, par les grands efforts de vomissements provoqués, ils arrêtaient l'hémoptysie. Toutefois, comme l'éminent professeur de Paris, je ne m'excuserai pas de ma méthode empirique. J'en ai, je crois, suffisamment montré le rationalisme en combattant la congestion pulmonaire avec les moyens qui en combattent même l'inflammtion. D'ailleurs, je ne crois pas non plus que cette action médicamenteuse reste sans explication physiologique. On peut parfaitement y appliquer ce que notre savant condisciple et cher président de l'Association générale des médecins de France, M. Henri Roger, disait des vomitifs dans la bronchite : " Les vomitifs, par les secousses des parois stomacales et du diaphragme qu'ils déterminent par l'acte du vomissement, mettent en jeu synergiquement les puissances expiratrices ; ils réveillent la tonicité des bronchioles, *s'opposent au séjour prolongé des liquides dans ces petits tubes, à la dilatation de ceux-ci et à leur paralysie consécutive ;* ils provoquent une sécrétion de la membrane muqueuse de l'estomac..." (*Dictionnaire encyclopédique*, art. BRONCHITE, t. XI, p. 63.)

Maintenant, que la médication par l'ipécacuanha à grandes doses soit préférable à ma potion stibiée composée, je n'en sais rien et ne mets en la chose aucune préférence ni aucun amour-propre, dès l'instant que l'indication reste, et que les résultats sont également favorables. Je suis prêt d'ail-

leurs à souscrire aux expériences comparatives que M. Pécholier a insérées dernièrement dans ce journal, attestant que l'ipécacuanha anémiait véritablement le poumon, plus puissamment que le tartre stibié (*Bullet. de Thérap.*, 30 juillet 1879). Toutefois, il restera démontré que ces deux espèces de médications, tout empiriques qu'elles ont puru, s'étayent l'une par l'autre, et constituent le meilleur et le plus rationnel traitement à proposer à la congestion originelle et consécutive de l'hémoptysie.—(*Bulletin général de Thérapeutique.*)—(5 Juin 1881.)

De la respiration artificielle dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium ;

Par le docteur Alf. Mignon, Médecin aide-major à l'hôpital de Dellys (Algérie).

Dans la séance du 17 février 1880, M. Le Roy de Méricourt présentait à l'Académie, au nom de MM. les docteurs Nicolas et Demouy, une observation d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six semaines, et qu'avait guéri la respiration artificielle par la manœuvre des bras.

Nous venons d'être témoin d'un fait analogue, et nous demandons à l'Académie l'honneur de le lui soumettre. Il inindique combien, dans les empoisounements par les opiacés, l'appareil respiratoire est pareillement menacé, et de quelle ressource, presque surprenante, peut être la respiratian artificielle longtemps prolongée.

Voici les dètails :

Le lundi 2 mai 1881, à dix heures du matin, le nommé B.., entrepreneur à Dellys (Algérie), vint nous chercher en toute hâte à l'hôpital pour aller voir son enfant qui était subitement tombé malade.

Nous connaissions déjà le sujet. Nous lui avions donné nos soins quelque temps auparavant pour une bronchite aiguë. C'est un enfant du sexe masculin, âgé de six mois, très fort, très gros et bien constitué.

Quand nous sommes entré dans la maison, nous avons trouvé l'enfant étendu sur son lit daus le décubitus dorsal, la face avait sa coloration normale ; les yeux étaient fermés ; les bras et les jambes étaient parfois agités de légers mouvements convulsifs. La respiration était lente, suspirieuse ; le pouls insensible ; les battements du cœur rares, et les bruits difficiles à percevoir.

Que s'était-il passé ? " Ce matin, à cinq heures, nous dit la mère, j'ai donné à mon enfant, qui était constipé depuis deux jours, une cuiller à café de sirop de chicorée. Il me parut la boire avec plus de répugnance que d'habitude, et, au lieu d'essuyer comme d'ordinaire ses lèvres avec l'extrémité de sa langue, il fit cette fois un mouvement d'expectoration et cracha quelques gouttes du liquide. Je le déposai dans son lit et ne m'en occupai plus. Il dormit environ deux heures. Trouvant ce sommeil prolongé, je m'approchai de lui et je remarquai quelques mouvements de la bouche et quelques sauts du corps. J'essayai de le réveiller, de le faire sourire. Je jouai avec lui : il était insensible. Je restai à son chevet, et j'assistai à l'aggravation lente des symptômes : les yeux se convulsèrent, les bras et les jambes étaient agités de secousses. La respiration s'arrêtait et reprenait ensuite anxieuse, précipitée. Je saisissais son pouls, et ne le sentais pas ; puis, tout à coup, il me frappait le doigt si vite, que je ne pouvais le compter. Plus tard, je vis ses lèvres, ses joues, ses extrémités devenir bleues. Il me paraissait suffoquer. J'eus peur alors et je vous envoyai chercher."

Pendant ce temps, nous avons relevé la paupière supérieure, et nous avons vu une pupille considérablement rétrécie, ponctiforme. L'idée d'un accident se présente à nous ; et, quand la mère nous donne la bouteille d'où elle avait versé le contenu de la cuiller à café, l'odeur forte, vireuse, toute spéciale, la saveur amère, nauséabonde des quelques gouttes de liquide qui y restent ne nous laissent aucun doute. Nous nous trouvons en présence d'un empoisonnement par le laudanum. La mère s'est trompée de flacon : elle a cru verser du

sirop de chicorée ; elle a versé du laudanum de Sydenham que nous lui avions prescrit quelques semaines auparavant pour l'usage externe.

Nous ne croyons pas devoir donner un vomitif. Outre que les vomissements sont difficiles en pareils cas, l'absorption nous paraît être complète. Nous faisons prendre nous même du café en grande abondance ; nous prescrivons, suivant la méthode du professeur Gubler, un lavement de sulfate de quinine ; nous frictionnons les diverses parties du corps avec des flanelles chaudes, nous appliquons des sinapismes sur les membres inférieurs et nous stimulons avec la main le visage de l'enfant. A chaque coup un peu fort donné sur les joues il pousse un long cri, comme pour se plaindre du mal qui lui est fait, puis il retombe dans son sommeil qu'agitent encore quelques mouvements convulsifs.

Deux heures durant, l'état général ne se modifia presque pas : pâleur de la face, somnolence continuelle interrompue par des cris quand les frictions étaient trop sensibles, respiration lente (6 inspirations par minute), pouls à peine perceptible et pulsations rares (36), déglutition difficile (il fallait verser goutte à goutte le café dans la bouche), de temps à autre, mouvement brusque de flexion des mains sur les avant-bras ou de ceux-ci sur les bras.

A midi, il y eut une crise de suffocation ; la peau devint violette, et la respiration s'arrêta. Cinq minutes au moins de respiration artificielle furent nécessaires pour ramener les mouvements d'inspirations volontaires et la coloration normale des téguments. Mais au réveil la scène n'était plus la même. La respiration ne se faisait plus que par un hoquet bruyant, répété six fois par minute ; la déglutition n'était plus possible : la cuiller de liquide versée par la bouche s'écoulait par les commissures labiales ; les membres étaient dans la résolution : il n'y avait plus de contracture.

A ce moment, notre pronostic s'assombrit. Sur les instances de la famille, nous essayons de faire prendre une solution d'émétique, qui comme le café, ne peut être avalée.

D'ailleurs, l'enfant n'a jamais pu faire le moindre effort de vomissement ; il n'a eu non plus ni selles ni émission d'urine.

A une heure, nouvelle crise, nouvelle cyanose, et cette fois encore nouvelle aggravation. La respiration artificielle qui a ramené la vie peut seule la prolonger. Il n'y a même pas le hoquet de l'heure précédente. C'est la résolution, le coma complets. La marche de l'intervention est tracée : il faut continuer la respiration artificielle jusqu'à la mort ou jusqu'au retour de la vie. Nous plaçons l'enfant sur un matelas, la tête légèrement élevée, et nous montrons à deux personnes intelligentes qui se trouvent près de nous le procédé de Sylvester pour entretenir la respiration. Nous devons nous remplacer les uns les autres sans interruption.

Il serait superflu de décrire maintenant en détail la marche des symptômes. Toutes les heures se ressemblent. Toujours le coma interrompu parfois par des accès où la mort semble être arrivée, et qui se caractérisent par une pâleur cireuse de la peau, une coloration violette des muqueuses et des ongles, et des sueurs froides sur tout le corps. A ces moments, nous abandonnons la méthode de respiration par l'évation des bras, et nous comprimons la poitrine dans ses différents diamètres.

Toute la soirée, toute la nuit se sont passées ; et il a fallu continuer la respiration artificielle, élevant les bras, les rapprochant du tronc ou pressant avec les mains sur le thorax. Il a fallu continuer et sans interruption. Si l'on essayait de suspendre les manœuvres pour permettre au malade de se reposer, alors les mouvements respiratoires de devenir précipités pendant quelques minutes, puis de s'éloigner, puis de s'éteindre complètement, et la teinte bleuâtre du visage de réapparaître.

Enfin, à cinq heures du matin, c'est-à-dire après seize heures de respiration artificielle continue et vingt-quatre heures de maladie, la vie paraît revenir chez l'enfant. Ses yeux suivent la voix qui l'appelle, ses lèvres imitent le mouvement de succion. Il avale les petites cuillers de café alcoolisé qu'on

lui présente. On suspend la respiration artificielle et, bien qu'avec une gêne considérable, il soulève ses côtes et respire volontairement.

Alors, le danger est conjuré. La réaction s'opère : le pouls s'élève à 160 ; la peau devient chaude ; la respiration, très fréquente, compte 30 mouvements par minute ; les bras et les jambes s'agitent.

Dans le courant de la journée du 3 mai, l'enfant est pris de nombreux vomissements, de selles diarrhéiques et d'émissions d'urine abondantes. Le lait qu'il tette, la café qu'on lui donne sont immédiatement rendus.

Cet état dure une dizaine d'heures, après quoi le calme se rétablit, et le sommeil arrive qui répare les forces de l'enfant.

Le 4, nous trouvons notre petit malade à peu près guéri.

De l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement du chancre mou.

Par M. Lermoyez, interne des hôpitaux, et A. Hitier, externe des hôpitaux.

Dans un article publié par la *France médicale* le 5 janvier 1881, M. le docteur Vidal, rappelant les expériences tentées par lui pour le traitement des chancres mous par l'acide pyrogallique, concluait à l'action avantageuse de ce médicament. Ces faits encouragèrent M. Terrillon à essayer ce traitement sur ses malades à l'hôpital de Lourcine : il y avait, en effet, dans la médication topique du chancre simple, une place à prendre entre le nitrate d'argent, dont l'action caustique superficielle s'efforce en vain d'enrayer le mal, si tant est qu'elle ne l'aggrave pas, et l'iodoforme, dont l'influence assez efficace, mais lente, compense mal l'insupportable et pénétrante odeur qui s'attache opiniâtrément à tout ce qui a approché de ce médicament. Nous pouvions hésiter, car vis-

à-vis des faits de M. Vidal (et encore faut-il se rappeler que le médecin de Saint-Louis termine par l'iodoforme les cures commencées à l'acide pyrogallique) se dressaient les résultats négatifs acquis par M. Mauriac en 1880, à l'hôpital du Midi ; mais peut-être alors à l'efficacité du nouveau traitement fallait-il attribuer comme cause la dilution trop grande du mélange topique.

Quoi qu'il en soit, depuis trois mois tous les chancres mous qui se sont succédés dans le service de M. Tourillon ont été traités par l'acide pyrogallique, sans distinction de siège ni d'étendue ; les négligences inévitables de pansement nous ont souvent permis d'établir comparativement quels progrès fait l'ulcère abandonné à lui-même, quelle amélioration il subit par le traitement. Les résultats nous ont paru assez satisfaisants pour pouvoir être rapportés : en tous cas, dans nos salles, nous avons entièrement renoncé au nitrate d'argent et supprimé l'iodoforme.

Nous allons retracer en quelques mots l'histoire de l'acide pyrogallique et montrer les propriétés essentielles qu'il importe de connaître pour ses applications thérapeutiques.

La découverte de l'acide pyrogallique, en tant que corps défini, remonte à l'année 1786, où Scheele eut le premier l'idée de sublimer l'acide gallique ; mais l'acide nouveau, malgré les travaux de Berzélius et de Braconnot, resta dans le domaine purement scientifique. Il y a vingt ans à peine qu'introduit dans les arts, il a attiré l'attention par ses propriétés éminemment réductrices : et la thérapeutique cutanée ne l'emploie que depuis peu de temps.

Ad. Jarisch, assistant du professeur Hébra, le préconisa contre les affections lentes et atones de la peau, le psoriasis en particulier, pour remplacer la poudre de Goa et ses dérivés, dont on se servait depuis le mémoire du docteur Balmanno Squire. Bientôt, grâce aux efforts de Kaposi, qui étendit son action au traitement du lupus et de l'épithélioma, l'acide pyrogallique entra dans la pratique médicale. En 1879, Reumont (d'Aix-la-Chapelle) l'employa concurremment avec l'a-

cide chrysophanique dans le traitement du psoriasis palmaire et plantaire chez les syphilitiques. M. Vidal le vulgarisa à l'hôpital Saint-Louis : il confirma les résultats obtenus par Kaposi, et le premier il tenta de s'en servir pour modifier la surface ulcérée des chancres simples. La même année (1880), M. Mauriac tentait des expériences analogues à l'hôpital du Midi ; mais les résultats obtenus par le procédé de Saint-Louis, légèrement modifié, furent presque nuls.

L'acide pyrogallique obtenu par la distillation du tannin, ou mieux de l'acide gallique. dont il renferme en réalité les éléments, moins ceux de l'acide carbonique ($C_7H_6O_5—CO_2 = C^6H^6O^3$), se présente sous forme de lamelles d'un blanc éclatant, de saveur très amère, d'odeur agréablement empyreumatique. Sa légèreté est remarquable : il se dissout à froid dans deux fois et demie son poids d'eau, c'est-à-dire dans un volume de liquide qui atteint à peine le tiers de celui du corps à dissoudre. Conservé ainsi à l'air en solution aqueuse, il brunit et s'altère vite ; et pour peu que le mélange soit alcalin, l'oxygène de l'air est absorbé avec une grande rapidité.

Enfin, il réduit violemment les sels minéraux très oxydés, tels que le permanganate de potasse ou le nitrate d'argent, tandis que les corps gras, sauf la stéarine, ne montrent aucune affinité pour lui ; de là, l'indication en thérapeutique de faire agir l'acide solide plutôt que dissous, et de ne l'unir à aucun corps minéral ou alcalin.

Il faut également rappeler que l'acide pyrogallique est un corps très vénéneux, tuant les chiens à la dose de 2 grammes, même en solution étendue. Il produit, suivant M. Personne, les mêmes symptômes que le phosphore, et semble comme celui-ci enlever l'oxygène au sang.

Des lors, étant donnée l'efficacité de l'acide pyrogallique, deux questions se posaient : A quelles doses employer l'acide, et sous quelle forme l'administrer ?

En ceci, nous différons un peu de la pratique de M. Vidal, qui (au moins le croyons-nous) emploie la pommade au dixième pour les chancres simples, réservant le dosage au cinquiè-

me pour les cas où apparaît le phagédinisme. Nous préférons employer dans tous les cas la dose la plus forte ; ainsi à l'influence en quelque sorte spécifique se joint une légère action caustique, assez faible pour ne pas incommoder le malade.

C'est également à la pommade que nous avons donné la préférence, et cela d'emblée, sans tâtonnements préalables. Nous croyons, en effet, surtout en présence des excellents résultats obtenus par M. Terrillon dans le traitement des vaginites par la pommade au tannin, que ce qui assure principalement le succès topique d'un médicamment, c'est moins une action instantanée et brutale, qu'un contact rendu en quelque sorte permanent. Un attouchement avec une solution concentrée dure un instant à peine ; la femme en souffre, se lave, et dès lors le chancre reste livré à lui-même jusqu'à la prochaine intervention. Avec la pommade répétée deux fois par jour, nous assurons un contact relativement prolongé ; le corps gras pénètre mieux dans les anfractuosités de la plaie ; la femme ne tente pas de se délivrer d'un topique qui ne la fait pas souffrir ; et, du reste, le voudrait-elle, qu'elle le pourrait mal.

Cette cause nous avait fait renoncer assez vite à notre formule primitive :

Vaseline	40	grammes.
Acide pyrogallique	10	—

Ce mélange se liquéfiait presque instantanément au contact de la chaleur du corps, coulait et se comportait à peu près comme eût agi un liquide ; et, en somme, les résultats obtenus n'étaient guère satisfaisants.

M. Terrillon conseilla de solidifier cette pommade en y incorporant de l'amidon suivant les doses :

Amidon	40	grammes.
Vaseline	120	—
Acide pyrogallique	40	—

Ce mélange est pâteux, imprègne bien les parties malades sans se liquéfier ; cette incorporation de l'amidon, substance inerte, ne pouvant chimiquement réagir sur l'acide pyrogallique, influe beaucoup sur les résultats du traitement.

Cette pommade, pour agir avec efficacité, doit être bien fraîche ; et il est utile d'observer vis-à-vis d'elle certaines précautions. Par exemple, il sera bon de l'enfermer dans un vase bouché à l'émeri ; l'acide pyrogallique tend, en effet, à absorber l'oxygène de l'air ; il se comporte comme un agent éminemment réducteur, et se combine aux poussières minérales ou alcalines suspendues dans l'atmosphère, de telle façon que la pommade brunit assez rapidement ; et il est de toute nécessité qu'elle soit blanche, car brune elle agit moins, et éveille chez les malades des douleurs parfois pénibles.

On voit, en somme, que nous employons la pommade au cinquième, l'appliquant indistinctement à tous les cas où la nature chancreuse de l'ulcération est bien avérée ; peu importent les dimensions du mal, le traitement reste absolument le même au point de vue des doses ; si les petits chancres semblent guérir bien plus vite, c'est que la question de temps est éminemment subordonnée à la question d'étendue. Une application par jour suffit parfaitement aux exigences du traitement. On pourra faire parfois deux séances quotidiennes, mais elles ne sont point commandées par la malignité du chancre ; elles résultent du siège et de la configuration des parties. Pour ne prendre qu'un exemple, comparons les chancres de la fourchette et ceux de l'anus (qui chez nos femmes forment la presque totalité des chancres mous dans le rapport mutuel de 3 à 2) ; or, au début de nos essais, nous étions déroutés par ce fait bizarre, que de deux chancres contemporains celui de la fourchette avait disparu. tandis que celui de l'anus se modifiait à peine.

C'est que la fourchette forme une région naturellement disposée à devenir le réceptacle d'un topique, tandis qu'à l'anus, lieu de passage, la pommade ne séjourne pas, d'autant plus qu'elle se heurte à la contraction d'un sphincter qui l'expulse violemment ; et de même dans d'autres régions. Ainsi donc, on fera une application par jour à la fourchette, et deux au moins à l'anus ; à cette seule condition, on jugera de la parité des résultats. Quant à la meilleure manière d'appliquer le

mélange, c'est de le charger sur une spatule et de l'étendre directement sur la plaie, dont on tâche de combler toutes les anfractuosités ; étendre le topique sur une mèche de charpie, nous semble un moyen défectueux.

L'action de l'acide pyrogallique présente certaines particularités nécessaires à connaître ; ce corps se comporte comme un léger caustique ; mais, ceci est à remarquer, son action s'épuise vite ; M. Vidal l'avait déjà noté, puisqu'il conseille de terminer la cure à l'iodoforme.

Les symptômes subjectifs sont presque nuls.. L'application est instantanément pénible ; mais c'est là une douleur légère que produirait tout corps inerte mis en contact avec la plaie, et qui peut-être est due à ce qu'on appuie nécessairement pour bien étendre le mélange. On sait, en effet, combien douloureusement le chancre mou réagit au moindre attouchement, tandis que les manifestations de la syphilis tranchent par leur indolence relative. Cependant la douleur ne s'étend pas, et prend un caractère de cuisson toutefois supportable. Il est peu de malades qui s'en plaignent ; on le constate à l'interrogatoire, voilà tout. Du reste, jamais cette souffrance ne s'est prolongée au-delà de cinq minutes ; elle s'éteint d'elle-même.

Dans plusieurs cas, nous avons noté sa réapparition au bout d'une heure ; mais cette manifestation est encore plus faible que la première et souvent passe inaperçue.

En réalité, les malades tolèrent très bien la pommade. A l'anus, cependant, le contact en est plus pénible qu'à la vulve : la sensibilité exquise de la région, la douleur produite par le déplissement de l'orifice, la contracture du sphincter nous semblent bien alléger la responsabilité de notre pommade.

Il est cependant un cas où la pommade produit une vive cuisson, c'est quand, un bubon étant ouvert au bistouri et devenant chancreux, on tente d'enrayer le mal par des applications pyrogalliques ; or, cette sensation est bien plus pénible quand les bords de l'incision commencent à prendre un aspect chancreux que quand la plaie est nettement phagédénique ; d'où semble résulter que l'acide pyrogallique est douloureux sur les plaies non chancreuses.

En présence de ces faits, il était tout naturel de chercher à renverser la proposition en nous adressant à l'acide pyrogallique pour calmer les douleurs des chancres étendus. Dans un travail datant de 1879, Weissflog avait prétendu que tant qu'un chancre phagédénique reste douloureux, il est inutile de vouloir en modifier la nature. Or, en trois mois, un seul cas de phagédénisme grave s'est présenté à nous ; les douleurs étaient telles que l'opium seul les calmait ; notre pommade resta absolument impuissante à soulager la malade ; et cependant, sous son influence, la plaie guérit d'une façon merveilleuse.

Ce qu'il faut donc rechercher surtout dans ce traitement du chancre mou, c'est la rapidité de disparition de l'ulcère, qui est vraiment étonnante. Sous son influence, le chancre se cicatrise d'une façon normale ; tout se passe absolument comme quand la lésion est abandonnée à elle-même, seulement les différentes phases de réparation se comptent par jours.

La réparation manifeste, dit Fournier, ne s'établit sur le chancre qu'après une durée variable qui n'est jamais moindre que plusieurs semaines ; or, chez toutes nos malades (sauf deux, obs. III et obs. V), quel que fut l'âge de la plaie, nous avons noté l'amélioration dès la première ou la deuxième application de pommade, et cela, aussi bien dans les chancres dont nos malades étaient porteurs depuis des semaines que dans ceux jeunes d'un ou deux jours, qui se développaient accidentellement sous nos yeux, ou par inoculation ; le seul élément qui influe sur la lenteur de la guérison est l'étendue de la plaie.

Une fois touchée par l'acide, la plaie se nettoie et prend une faible teinte blanchâtre ; il s'agit là d'une action caustique superficielle, mais légère au point que jamais la peau avoisinante ne subit la moindre atteinte sérieuse. Dans quelques cas, nous avons vu, quand le nombre des applications dépassait deux par jour, une sorte de pellicule brunâtre recouvrir progressivement la plaie en partant des bords, où elle ne tardait pas à former une croûte noire. Cela se montre surtout

dans les chancres phagédéniques, et l'on doit en augurer un pronostic excellent. Ce bourrelet noirâtre, coloré par l'oxydation de l'acide pyrogallique au contact de l'air et des sels basiques contenus dans le pus, forme une sorte de barrière que ne dépasse pas le phagédénisme, et à la chute de la fausse membrane le chancre est guéri, car on se trouve en présence d'une plaie rouge et bourgeonnante.

Puis, rapidement, le chancre détergé subit des modifications qui aboutissent à un véritable *nivellement* ; tandis que les bords se recollent, le fond s'exhausse, bourgeonne, prend une belle teinte rose blanchâtre ; en quelques jours (en moyenne trois ou quatre pour un diamètre de 2 centimètres) au chancre creux a succédé une plaie saillante au-dessus du niveau de la peau, mais de dimensions égales. Alors seulement un liséré cicatriciel blanchâtre, parti des bords, s'avance, rétrécissant peu à peu le champ de cette saillie bourgeonnante.

Dès que le nivellement est opéré, l'acide pyrogallique perd toute son influence ; on est en présence d'une plaie simple réclamant le pansement chirurgical.

Dans tout cela, rien d'anormal ; le chancre suit sa marche classique, très vite, voilà tout. Maintenant commencent les divergences. Dans le chancre abandonné à lui-même, alors même que la réparation est en bonne voie, la spécificité n'est pas éteinte, quoi qu'en aient dit Hunter et Ricord ; pour Fournier, le pus des dernières périodes est peut-être moins fort, moins inoculable, mais l'inoculation n'en réussit pas moins jusqu'au bout avec succès. Or, tout chancre touché par l'acide pyrogallique perd sa virulence dès la deuxième application ; il cesse d'être inoculable, et cela dans tous les cas. Nos expériences ont été multiples et ont toujours donné des résultats négatifs. Nous plaçons même l'action antivirulente de l'acide pyrogallique au-dessus de celle de la pâte de Canquoin ; celle-ci agit brutalement, détruisant le virus en même temps qu'elle détruit la plaie ; celui-là agit par une véritable neutralisation qui nous est inconnue. (Voir obs. IV et obs. V).

Ainsi se comporte l'acide pyrogallique. Une fois le nivellement de la plaie opéré, nous considérons le chancre comme guéri, car la virulence a disparu. Nous employons comme tout pansement une simple poudre isolante, le talc ; et ce n'est que dans le cas où un phagédénisme grave a laissé à sa suite une plaie étendue, que nous appliquons un vulgaire pansement phéniqué ou au chloral.

A l'appui de nos assertions, nous donnons quelques observations, dont chacune est autant que possible une sorte de type particulier des divers modes sous lesquels l'ulcération chancreuse s'est présentée à nous ; mais dès maintenant il nous est permis de conclure.

L'acide pyrogallique sera employé en pommade épaisse et à la dose de 20 pour 100 du mélange ; l'addition d'amidon favorisera l'adhérence du topique à la plaie. On emploiera cette pommade indistinctement dans tous les cas, sauf dans les chancres mixtes où elle semble activer la lésion syphilitique. Les malades la supporteront facilement et sans douleur durable ; sous son influence, la plaie cessera de s'étendre et se nivellera ; la virulence disparaîtra et l'auto-inoculation deviendra impossible ; une plaie simple aura été substituée au chancre initial.

Obs. I. *Chancre de la fourchette.*—Louise F..., dix-sept ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Pas de syphilis. Chancre mou de la fourchette empiétant sur l'entrée du vagin. Quelques follicules chancreux disséminés dans la zone périgénitale.

Engorgement des ganglions de l'aine ; pas de bubon. Le chancre date de quinze jours.

Cautérisation au crayon tous les deux jours ; poudre de talc dans l'intervalle, Traitement douloureux n'ayant amené aucune amélioration au bout de huit jours.

Le 20 février. Première application de pommade pyrogallique. L'application est renouvelée tous les deux jours , elle ne produit de douleur que pendant cinq minutes.

Le 25 février. L'ulcération de la fourchette se déterge ; les

bords sont moins saillants. Le fond est rouge et bourgeonne; la lésion se nivelle. Coloration légèrement blanchâtre; pas de fausse membrane brunâtre, car l'ulcération est entièrement muqueuse.

Le 10 mars. Cicatrisation complète; l'ulcération est remplacée par un bouqnet de végétations; la malade présente du reste des végétations disséminées en plusieurs points de la vulve.

Un petit chancre interfessier, contemporain de la lésion vulvaire, et traité par les seules cautérisations au nitrate d'argent, est encore maintenant creusé et chancreux; la malade en souffre bien plus que de la vulve.

Le 15 mars. L'acide pyrogallique a radicalement guéri ce petit chancre en quatre jours.

Obs. II. *Chancre phagédénique vulvo-anal.* — Emilie M.... trente-deux ans, entrée le 26 février à Lourcine, salle Sainte-Marie.

Chancre mou phagédénique datant de cinq semaines, étendu de la fourchette au coccyx, à une distance de 6 à 7 centimètres de chaque côté du sillon interfessier. Sécrétion sanieuse exhalant une odeur infecte.

Deux chancres de la lèvre gauche, de la grandeur d'une pièce de 50 centins.

Le lendemain de l'entrée, toute la lèvre gauche est envahie et la droite se prend; douleurs excessivement vives. Marasme et phénomènes d'hecticité.

On soumet dès lors la malade au pansement avec l'acide pyrogallique : deux applications de pommade par jour. Les douleurs restent cependant très vives et ne cèdent qu'à l'opium.

Le 1er mars. L'ulcération fessière a cessé de s'étendre. Les bords sont recouverts d'épaisses croûtes noirâtres. A la vulve, où la pommade a été mal appliquée, le chancre mou a tout envahi; il a gagné le vagin, déterminant un écoulement putride et des douleurs abdominales.

Pendant dix jours on continue le même traitement en y adjoignant des bains de siège amidonnés.

Toutes les parties malades sont recouvertes d'un magma noirâtre, où il est impossible de rien distinguer.

15 mars. La fausse membrane tombe ; à sa place est une plaie rose et bourgeonnante d'excellent aspect.

Obs. III. *Chancres mixtes vulvaires.*—Marie B..., dix-sept ans, lymphatique, entre le 26 février 1881, salle Saint-Bruno.

Deux chancres mous symétriques à la face interne des deux petites lèvres ; aucune manifestation syphilitique. Chancres normaux, mais il y a un œdème mou de la petite lèvre droite qui laisse des soupçons sur la spécificité du mal. Pas de bubon ; quelques gros ganglions dans l'aine droite.

Les chancres sont vierges de toute médication. Première application d'acide pyrogallique le 28 février. La pommade est mal supportée et détermine une vive douleur pendant plusieurs heures. Les trois jours suivants, trois applications amenant des douleurs de plus en plus fortes ; la malade dort mal. Des bains de siège prolongés la calment à peine.

6 mars. On cesse la pommade ; les chancres vont mieux, se nivellent, mais ils prennent une coloration jaunâtre, tandis que leur base se parchemine.

22 mars. Deux chancres indurés avec cortège de plaques muqueuses.

Obs. IV. *Bubons chancreux et chancre vulvaire.* — Adélaïde C..., dix-huit ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Chancre mou de la petite lèvre droite avec bubon de l'aine gauche en voie de ramollissement. En outre, deux petits chancres mous à la racine de la cuisse droite.

Du 20 au 26 février. Trois applications de pommade à l'acide pyrogallique.

Le 1er mars. Les trois chancres sont cicatrisés ; celui de la vulve est remplacé par une surface rouge et bourgeonnante.

Le 10 mars, le bubon, complètement suppuré, est ouvert au bistouri.

14 mars. La plaie inguinale devient chancreuse. On insti-

tue le traitement par l'acide pyrogallique, non douloureux chez cette malade (deux applications quotidiennes pendant cinq jours). A ce moment le pus a perdu ses propriétés virulentes ; une double inoculation reste négative.

Le 25 mars. La plaie est en pleine voie de cicatrisation.

Obs. V. *Chancre anal et bubon chancreux.*—Jeanne B..., vingt quatre ans, entre le 13 février 1881 à Lourcine, salle Saint-Bruno.

Chancre de la partie gauche, très douloureux au moment de la défécation ; bubon commençant de l'aine droite.

La malade est, en outre, syphilique ; plaques érosives au pourtour de l'anus et à la vulve.

Aprés six applications de pommade pyrogallique du 22 février au 3 mars, l'ulcération cesse de s'étendre ; mais, le 30 mars, la cicatrisation, qui a marché très lentement, n'est pas encore complète ; il faut se rappeler que la malade est syphilitique. Cependant, dès les premières applications de pommade, la douleur à la défécation avait notablement diminué.

Le bubon suppuré, puis ouvert le 15 mars, devient chancreux ; traité par la pâte de Canquoin appliquée pendant trois quarts d'heure, il se modifie mal et sécrète encore le lendemain un pus inoculable. Un seul jour à deux applications de pommade suffit à détruire le virus. On n'obtient rien à l'inoculation et dès lors la cicatrisation marche vite.

Obs. VI. *Chancres folliculaires.*—Marguerite C..., seize ans, entrée le 3 février 1881, salle Saint-Bruno.

La région périanale est couverte de chancres mous folliculaires multiples et à tendance phagédénique. La vulve est œdématiée ; il n'y a pas de bubon.

La malade n'est pas syphilitique.

La douleur, extrêmement vive, empêche le sommeil ; la marche est impossible ; le décubitus latéral peut seul être supporté.

Pendant dix jours les chancres mous sont traités par l'insufflation d'iodoforme ; ils continuent à s'étendre et se rejoignent, formant d'immenses plaques ulcérées.

Le 15 février. Première application de pommade pyrogallique qu'on continue pendant quatre jours le matin seulement.

Le 20 mars. Amélioration très notable. Le phagédénisme non seulement est arrêté, mais les plaies cessent de s'étendre, se nivellent et, au lieu d'être creuses, forment des bourgeons saillants et rougeâtres. Dès lors on cesse tout traitement : le talc, poudre inerte, favorise la cicatrisation, qui avance vite ; le 1er mars, la malade se lève et marche ; et à la fin du mois, elle sort guérie, sans porter de traces de son affection antérieure.

Obs. VII. *Chancre de la fourchette.*—Camille D..., vingt et un ans, entrée le 21 mars 1881, salle Saint-Bruno.

Petit chancre mou de la fourchette (pièce de 1 franc) datant de dix jours (?).

Bubon non suppuré sur les adducteurs de la cuisse gauche.

Un vésicatoire sur le bubon.

Sur le chancre, deux applications de pommade pyrogallique à trois jours d'intervalle.

Le 1er avril. Le chancre est complètement cicatrisé depuis trois jours ; l'induration phlegmoneuse a également disparu.

Sur des troubles vaso-moteurs de la peau (homme autographique,)

Le docteur Chouel a publié trois observations très intéressantes de malades présentant cet urticaire spécial que Dujardin-Beaumetz a décrit le premier sous le nom d'*autographique*.

Ces trois hommes authographiques présentaient de l'anesthésie et les caractères que l'on traçait sur la peau y restaient inscrits.

Et le docteur Chouel rapporte ces troubles à des lésions fonctionnelles du système nerveux central. (*Marseille médical*, Janvier et Février 1881.)

Observations relatives à la stérilité chez l'homme,

par le docteur DE SINETY.

Lorsqu'on observe la stérilité dans un ménage, on a toujours de la tendance à incriminer la femme plutôt que le mari. Cette idée, très répandue parmi les gens du monde, est également partagée par beaucoup de médecins. Cependant, si on examine un certain nombre de ménages stériles et désirant des enfants, on arrive à se convaincre que l'homme est au moins aussi souvent que la femme la cause de l'absence de reproduction. Laissons de côté ici ce qui concerne le sexe féminin, je ne m'occuperai exclusivement que de l'élément mâle. Pour s'assurer de la valeur fécondante du liquide spermatique, le meilleur et le seul moyen réside dans l'examen histologique de ce liquide. Or, il n'est pas rare, dans les cas de ce genre, de trouver un produit complètement privé de spermatozoïde. Dans ces conditions, la question est tranchée, le sperme est infécond.

Mais s'il existe, au contraire, un assez grand nombre de spermatozoïdes, doit-on en conclure que le liquide est apte à l'imprégnation de l'ovule et à la production d'un nouvel être? C'est là l'opinion la plus géuéralement admise, et c'est sur ce point que je désire appeler l'attention.

Dans quelques cas, et en particulier dans trois observations que j'ai recueillies, rien ne pouvait expliquer la stérilité pour l'un ni pour l'autre des deux époux. Chez une des femmes, il existait un certain degré de vaginisme et une contracture spasmodique au niveau de l'isthme de l'utérus. En présence de cet état, je provoquai une dilatation du col au moyen de tiges de laminaria, et, au bout de quelques mois, n'ayant pas vu se produire de grossesse, j'eus recours à la fécondation artificielle, immédiatement après la cessation des règles. (Il va sans dire que le liquide mâle préalablement examiné contenait des spermatozoïdes.)

Cette tentative fut vaine, ainsi que six autres que je renou-

velai à diverses époques de la période intermenstruelle ou perimenstruelle, en prenant toutes les précautions voulues pour obtenir un résultat favorable. J'examinai de nouveau le sperme, très peu de temps après son émission, et je constatai que les spermatozoïdes, quoique en assez grand nombre, étaient pour la plupart immobiles, et que ceux qui possédaient quelques mouvements ne tardaient pas à les perdre, tandis qu'à l'état normal, et dans les conditions où je m'étais placé, ces mouvements persistent pendant fort longtemps. Mon attention étant éveillée par cette observation, j'eus l'occasion de voir, dans deux autres cas de stérilité, des phénomènes absolument identiques, c'es-à-dire des éléments spermatiques ne présentant que peu de mouvements, qu'ils perdaient au bout d'un temps très court.

Sur ces trois sujets, deux présentaient des signes de tuberculose ; l'autre, quoique d'apparence assez débile, n'avait aucun antécédent pathologique.

Je ne veux évidemment pas généraliser le résultat d'observations aussi peu nombreuses. Néanmoins, il me semble que l'opinion émise par la plupart des auteurs, que la présence des spermatozoïdes suffit pour faire admettre la faculté reproductrice du liquide mâle, est beaucoup trop absolue et doit être modifiée. Je pense qu'il faut encore tenir un grand compte du degré d'activité, de vitalité de ces éléments anatomiques. Privés des qualités nécessaires pour les faire cheminer et parvenir jusqu'à l'ovule, ils peuvent, quoique nombreux, être incapables d'amener la fécondation. Les faits exposés dans cette note sont complétement en faveur de cette opinion.—(*Gazette médicale de Paris*, 28 mai 1881.)

Réactif propre à distinguer les alcaloïdes qui se développent spontanément snr le cadavre.

M. Brouardel présente, au nom de M. Boutmy et au sien, une note sur l'existence des ptomaïnes chez le cadavre.

Les ptomaïnes (alcalis cadavériques) présentent en général les plus importants des caractères chimiques et des propriétés physiologiques des alcaloïdes végétaux, et peuvent pour cette raison être confondues avec ces derniers.

Une erreur judiciaire a été commise dans ces derniers temps en Italie, où des experts ont conclu à l'empoisonnement du général X par la delphinine lorsqu'ils étaient seulement en présence d'une ptomaïne.

La méthode rationnelle à suivre pour distinguer une ptomaïne d'un alcaloïde végétal ingéré est évidemment de déterminer la totalité des propriétés chimiques et physiologiques du toxique isolé. S'il manque un ou plusieurs des caractères connus de l'alcaloïde végétal dont la présence paraît signalée par l'ensemble des expériences, c'est qu'on est en présence, non de cet alcaloïde, mais d'une ptomaïne qui lui ressemble.

Cette méthode, qui est évidemment la plus sûre, a l'inconvénient d'être longue et délicate et de ne pouvoir être employée que dans le cas où la quantité de poison isolée est assez considérable pour se prêter à une étude complète.

Nous avons cherché un réactif qui permette d'y suppléer au besoin et de la contrôler dans tous les cas en décelant immédiatement si l'on est en présence d'une ptomaïne ou d'un alcaloïde végétal Ce réactif existe, c'est le cyanoferride de potassium. Ce sel, mis en présence des bases organiques pures prises au laboratoire ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, ne subit aucune modification. Il est au contraire ramené instantanément à l'état de cyanoferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer.

Lors donc que la méthode de Stas aura permis d'isoler une substance se comportant vis-à-vis de l'iodomercurate de po-

tasse comme le font les alcaloïdes végétaux, si cette substance reste sans action sur le cyanoferride de potassium, on pourra admettre qu'on est en présence d'un alcaloïde végétal et qu'il y a eu empoisonnement. Si, au contraire, le cyanoferride de potassium se trouve réduit en même temps que la base est précipitée, par l'iodomercurate de potasse, on est en présence d'une ptomaïne. Enfin, suivant que le précipité obtenu, tant avec l'iodomercurate qu'avec le cyanoferride, sera en quantité considérable ou faible, on concluera qu'on est en présence, soit d'une ptomaïne abondante et non mélangée, soit d'un mélange de la ptomaïne avec un alcaloïde végétal.

Pour opérer la réaction avec le cyanoferride, on convertit en sulfate la base extraite du cadavre, puis on dépose quelques gouttes de la solution de ce sel sur un verre de montre qui contient à l'avance une petite quantité de cyanoferride dissous. Une goutte de chlorure de fer neutre versée sur ce mélange détermine la formation de bleu de Prusse, si la base isolée est une ptomaïne. Dans les mêmes conditions les alcaloïdes végétaux ne donnent pas de bleu de Prusse.

Jusqu'à ce jour, il n'existe d'exception à cette règle générique que pour la morphine, qui réduit abondamment le cyanoferride, et pour la vératrine, qui donne des traces de réduction. Encore est-il possible que ce dernier fait ait pour cause la présence de traces d'impuretés que nous n'avons pu séparer complètement de la vératrine par nous employée.

M. Colin (d'Alfort). La communication de M. Brouardel offre une très grande importance ; ces alcaloïdes animaux peuvent faire pendant à toutes les variétés des microbes. Il faut maintenant faire la part de ces productions nouvelles dans l'action des matières septiques.

M. Couchardel. L'an dernier, une femme albuminurique fut empoisonnée par de l'oie farcie ; on a retrouvé dans cette oie un alcaloïde semblable à ceux que l'on trouve chez les cadavres.

En Allemagne, on constate souvent des empoisonnements du même genre par des conserves alimentaires en décomposition.

Lussana (de Bologne) a de même montré que chez les animaux surmenés il se formait des produits toxiques.

M. Colin (d'Alfort). On a souvent signalé en France des sortes d'épidémies, à la suite de la consommation d'animaux avariés. Peut-être s'agissait-il là du développement d'alcaloïdes chez les cadavres d'animaux antérieurement malades.

M. Bouley. Il y a un an, j'eus l'occasion d'intervenir en justice au sujet d'un cultivateur condamné pour avoir vendu un veau qui avait déterminé des accidents. Je pus montrer que les accidents se rattachaient au surmenage de ce veau, qui s'était sauvé, avait beaucoup couru, et avait été tué dans cet état.

Il y a une différence entre la ptomaïne et les microbes, c'est que ces derniers seuls augmentent de quantité et prolifèrent.

M. Le Roy de Mericourt. Récemment un médecin principal de la marine, le docteur Cort, a fait des travaux sur les poissons toxicophores des pays chauds et leurs rapports avec les ptomaïnes.

M. Berthelot. Il y a en effet dans les pays chauds, surtout sous les tropiques, des poissons qui ne peuvent être mangés qu'au moment où ils viennent d'être pêchés. Au bout de très peu de temps ils seraient devenus toxiques.

M. Gautier a déjà parlé des alcaloïdes cadavériques dans la première édition de sa *Chimie physiologique*.

Jusqu'à nouvel ordre, il faut garder la réserve sur les moyens de retrouver les ptomaïnes. Quelques alcaloïdes jouissent de la même propriété que les ptomaïnes au point de vue de la réduction du ferricyanure du potassium à l'état de ferrocyanure.

Ces alcaloïdes paraissent avoir un rapport très direct avec les microbes eux-mêmes. Les ptomaïnes qui se produisent dans chaque cadavre sont différentes selon la nature du microbe qui a pu agir dans ce cas.

M. Guérin. On a trop de tendance à considérer les microbes et les alcaloïdes comme la cause des faits, alors que souvent ils ne sont que la conséquence.

M. Colin (d'Alfort). On sait depuis Liebig qne les ferments sont capables de se reproduire et de se régénérer. Il n'y a donc pas là de différence entre les microbes et les alcaloïdes du cadavre. On peut comprendre qu'une petite quantité de ferment introduite dans l'organisme agisse à la manière des microbes.

Un alcaloïde forme un milieu propre à l'existence d'êtres organisés. Dès lors, ce milieu se peuple. La relation entre la nature de ce milieu et celle du microbe ne vient donc pas à l'appui des idées de M. Pasteur.

M. Bechamp (de Lille). La question soulevée par M. Brouardel est intéressante à un autre point de vue. Il y a autant de ferments que de fermentations. Il faudrait donc admettre plusieurs ferments de ptomaïne. M. Béchanp croit au contraire que chacun de nous possède en lui-même le germe de sa destruction. Il préfère le mot *microzymas* à celui de microbe. Dans quinze pancréas de dindes, il n'y a pas moins de 130 grammes de microzymas. Il y a là tout un côté de la science qu'il faut modifier profondément. M. Béchamp doit revenir sur ce sujet la semaine prochaine dans une communication à l'Académie.

M. Gautier. Liebig a au contraire combattu la théorie de la reproduction des ferments. En effet, une ptomaïne est une substance définie qui n'est pas apte à se reproduire.

Lorsque les ptomaïnes augmentent, les ferments disparaissent ; ces milieux ne sont donc nullement favorables à la fermentation. Il n'est pas probable que ce soit la nature du terrain qui produise la nature du ferment.

M. Bechamp. Liebig était en effet opposé à la théorie française émise par Cagniard Latour. Mais les chimistes admettent qu'il y a deux sortes de ferments : les ferments figurés et les ferments solubles. Il y a entre les uns et les autres une relation de cause à effet. Le ferment figuré est le résultat de l'être qui le produit ; l'activité du ferment est un acte tout physiologique, c'est un fait de nutrition. Les zymas, les ferments solubles sont des agents de même nature que les acides ; leur action est donc purement chimique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'ozène vrai et de son traitement;

Par le docteur TERRILLON.
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rien n'est plus commun que l'affection connue sous le nom d'*ozène* ou *punaisie*. L'odeur épouvantable que répandent les malades et dont ils n'ont souvent eux-mêmes aucunement conscience, la facilité avec laquelle cette odeur se diffuse dans un appartement tout entier, la répulsion instinctive qu'elle entraîne, telles sont les raisons qui font craindre cette terrible infirmité, laquelle atteint le plus souvent les jeunes gens.

Aussi, n'est-on pas étonné de voir, en parcourant les nombreuses monographies qui ont traité de cette question, combien sont multiples et variés les moyens de traitement opposés à cette maladie. Malheureusement, cette multiplicité même indique toujours en thérapeutique une impuissance relative, et nous ne devons pas nous étonner de voir apparaître de temps à autre une nouvelle méthode qui, après avoir fait à son tour quelque bruit, retombe bientôt dans l'oubli.

Mais il ne faut pas oublier que si les essais thérapeutiques ont été pendant si longtemps infructueux, cela tenait principalement à la méthode de recherches généralement employée.

Avant de connaître l'essence même de la maladie et la lésion anatomique qui lui donnait naissance, on se contentait de chercher un topique capable de modifier la muqueuse qu'on croyait seule cause de l'affection. Malheureusement ces moyens empiriques ne donnaient que des résultats passagers et ne guérissaient nullement les malades.

La thérapeutique médicale impuissante appela même à son secours la thérapeutique chirurgicale, et nous avons vu proposer et pratiquer des opérations sanglantes et radicales, par lesquelles on extrayait presque tous les os du nez (Rouge).

Tout échouait, au moins dans la plupart des cas, lorsque enfin l'étude plus exacte des causes de l'affection, la détermination de sa nature vraie, ont fait découvrir un moyen de guérison, du moins d'amélioration rapide et efficace, dont nous allons donner la description.

Avant de décrire ce traitement dans tous ses détails, il est cependant indispensable de savoir exactement ce qu'on doit entendre par *ozène vrai*, quels sont ses caractères et quelle est sa nature, d'après les travaux les plus modernes.

Il existe, en effet, deux variétés d'ozène parfaitement distinctes, mais qu'on confond souvent dans la littérature médicale et dans la pratique. La première englobe toute destruction du squelette sous-muqueux du nez, qu'elle soit d'origine syphilitique, scrofuleuse ou traumatique. Celle-ci reconnait donc une cause bien définie, quoique assez souvent difficile à diagnostiquer, même avec nos moyens d'investigation actuellement très perfectionnés. Mais elle est de beaucoup la moins fréquente, et ne provoque pas une odeur aussi forte, aussi nauséabonde, aussi tenace que la variété suivante.

La seconde variété comprend, au contraire, les ozènes sans lésions ostéo-périostiques ; c'est l'ozène vrai.

A la suite d'autopsies heureusement pratiquées, Zaufal, Gottstein et Hartmann démontrèrent, il y a quelques années, que l'odeur fétide ne tenait aucunement à la présence d'ulcérations. Plusieurs auteurs avaient remarqué avant eux que des malades atteints d'ulcérations nasales très étendues n'avaient aucunement présenté de mauvaise odeur. Mais ce fait était passé inaperçu ; aussi la constatation anatomique avait ici une grande importance. Un autre point important fut ensuite acquis, c'est que la muqueuse, débarrassée des croûtes et des mucosités sèches qui la recouvrent souvent, est rouge, à peine enflammée et semble intacte. On trouve seulement que la muqueuse est amincie, moins vasculaire et ne présente pas, sur les replis des cornets, cette saillie demi-érectile qui la caractérise. L'exploration avec le stylet permet de reconnaître cette minceur particulière, car sous elle l'os

est senti immédiatement, sans intermédiaire du coussin muqueux qui le recouvre ordinairement.

Ces caractères anatomiques s'accompagnent constamment de phénomènes cliniques spéciaux et qui caractérisent le plus souvent cette forme d'ozène.

Le malade a souvent le nez obstrué par des croûtes verdâtres, fétides (excepté pour lui-même), contournées en forme de cornet, et souvent striées de filets de sang.

Pour débarrasser les fosses nasales, il est obligé de faire un grand effort, de se moucher avec énergie et pendant longtemps. Souvent, il est forcé d'avoir recours à l'aspiration d'une petite quantité d'eau tiède par les fosses nasales pour ramollir ces croûtes et permettre leur sortie plus facile.

Les croûtes peuvent obstruer le pharynx, peser sur la voûte du palais et donner lieu à du nasonnement momentané. Le sommeil ne peut avoir lieu que la bouche ouverte, et comme les croûtes sont desséchées pendant la nuit, il est difficile de les enlever le matin. Il peut y avoir alors de la céphalalgie, des nausées, du dégoût pour les aliments et un malaise prolongé. Le nez est souvent camard ou écrasé et semble rétréci à sa racine. Les antécédents, quoi qu'on en ait dit, sont souvent nuls, et l'on ne trouve pas traces de scrofule ou de syphilis évidentes.

L'examen rhinoscopique des fosses nasales, avec un bon éclairage, permet de constater, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, que la muqueuse est peu enflammée et semble amincie. Mais il est un fait qui frappe à la première inspection, c'est l'étendue considérable de la cavité des fosses nasales. C'est un véritable antre qui ne présente aucune saillie vers son centre.

La cloison est visible dans toute son étendue, ainsi que le plancher des fosses nasales, et on voit facilement une partie de la paroi postérieure du pharynx.

Cet état diffère donc notablement de celui qui caractérise l'état normal.

Le cornet inférieur est absolument rudimentaire et ne forme

plus qu'un bourrelet insuffisant dirigé d'avant en arrière. Au lieu de masquer l'orifice pharyngien de la trompe, il permet de la découvrir facilement, et on voit alors tous les mouvements de cet orifice, quand on force le malade à parler ou à avaler.

Le cornet moyen, plus souvent intact, est quelquefois aussi atrophié, et laisse vers la partie supérieure des fosses nasales une cavité très large.

La connaissance exacte de tous ces caractères, qui ne manquent chez aucun malade atteint d'ozène, a permis à Zaufal d'émettre une théorie qui explique assez bien la cause de la fétidité dans le cas de conformation vicieuse des fosses nasales.

D'après lui, l'inspiration normale ne joue qu'un rôle assez minime dans le mécanisme du nettoyage des mucosités. Au contraire, l'air expiré, sortant avec assez de force, surtout au début de l'expiration, balaye horizontalement les mucosités et les entraîne en avant, là où elles excitent la muqueuse et provoquent le besoin de se moucher.

Le développement du cornet inférieur facilite ce nettoyage en augmentant par sa présence et sa forme la force du courant d'air.

On comprend facilement, d'après cela, ce qui adviendra si les fosses nasales deviennent trop larges pour donner à l'air expirée une vitesse assez grande, si surtout le cornet inférieur vient à manquer, ce qui fait que cette région est transformée en un antre largement ouvert. Le courant d'air devenant insuffisant, les mucosités ne pourront plus être entraînées. Aussi elles se dessèchent à la surface de la muqueuse, s'accumulent en forme de lamelles et de bouchons et se décomposent, car elles sont formées de matières organiques. Pendant tout le temps que dure cette accumulation, l'odeur existe; mais, après quelques jours, la présence de ces bouchons permet au courant d'air de devenir plus rapide, et le malade en se mouchant peut les expulser. A ce moment, si l'extraction est suffisante, on voit l'odeur disparaître presque complètement, mais pour reparaître bientôt.

Ainsi l'individu atteint d'ozène vrai ne se mouche que difficilement, car il ne peut faire passer un courant d'air assez violent dans ses fosses nasales trop larges. Ce qui prouve bien la réalité de cette explication, c'est qu'on ne rencontre jamais un individn à respiration nasale difficile atteint d'ozène.

Enfin, ce qui appuie encore la théorie de Zaufal est le fait suivant, qui a été remarqué par plusieurs chirurgiens : certains malades à qui on a enlevé un ou plusieurs polypes nasaux volumineux, ont présenté, à partir de l'opération, un ozène passager. Cet état était produit par la persistance de l'élargissement des fosses nasales, dû à la présence du polype. L'ozène diminuait et disparaissait à mesure que la cavité revenait à son état normal.

Telle est la théorie de Zaufal, actuellement acceptée par plusieurs auteurs, et défendue récemment dans une excellente thèse devant la Faculté de Paris par M. Martin (*Thèse*, 1881).

On a objecté à cette théorie qu'elle laissait trop de côté la muqueuse, qui est toujours altérée, amincie, mais cependant non ulcérée. A ceci on peut répondre que la muqueuse est secondairement malade, mais que son altération ne peut avoir pour conséquence de déformer d'une façon aussi considérable les fosses nasales.

Le résumé, peut-être un peu long, que nous avons donné des connaissances nouvelles sur la question de l'ozène vrai, nous ramène à la partie importante de ce travail, c'est-à-dire le traitement.

Or celui-ci découle naturellement de la théorie émise par Zaufal, et n'en est pour ainsi dire que le corollaire. On peut même ajouter qu'il constitue une confirmation de la réalité de cette théorie.

Le traitement comprend deux parties spéciales : le lavage des fosses nasales pour entraîner les mucosités ; l'application d'un corps étranger (tampon de ouate) pour remplacer le cornet inférieur et permettre au courant d'air de balayer les

mucosités. Cette dernière partie du traitement est la plus originale et la plus moderne; elle est aussi la plus importante, car, grâce à elle, l'ozène peut être complètement aboli pendant tout le temps que dure son emploi.

Le lavage des fosses nasales, d'après la méthode de Weber, est rendu très facile grâce à cette circonstance que le liquide, pénétrant par une des narines, et arrivant dans le pharynx, provoque l'élévation du voile du palais. Celui-ci, ainsi relevé, forme une cloison entre la partie nasale et la partie pharyngienne, et le liquide, ne pouvant descendre dans cette deuxième partie, est forcée de passer par la narine opposée.

Il se produit ainsi un courant d'eau aussi prolongé qu'on peut le désirer.

Pendant cette manœuvre, le malade n'aura qu'à tenir la langue hors de la bouche, celle-ci étant largement ouverte pour faciliter la respiration. Aussitôt que cette position changera, il faudra arrêter l'irrigation pour recommencer ensuite.

L'appareil employé le plus souvent et le plus recommandé consiste dans une seringue anglaise en caoutchouc vulcanisé, qui se manœuvre avec une seule main. Elle est constituée par une boule munie de deux tubes en caoutchouc, dont l'un se termine par une masse de plomb et plonge dans le vase qui contient le liquide; l'autre est muni d'un embout spécial, olivaire, qui obture une des narines..

Le liquide employé doit être tiède, et il doit contenir une certaine quantité de chlorure de sodium; sans cette précaution,l'eau pure gonfle l'épithélium nasal et peut donner lieu à un coryza ou à des douleurs. Une cuillerée à café de sel de cuisine par litre d'eau suffit ordinairement.

On peut, dans quelques cas, mettre dans l'eau une substance médicamenteuse; mais cela est le plus souvent inutile.

La quantité d'eau qu'on doit faire circuler dans les narirines peut varier de 1 à 3 litres, selon la quantité de croûtes à enlever.

Il faut avoir soin de diriger le jet horizontalement ou paral-

lèlement au plancher des fosses nasales, mais non verticalement en haut, sans cela l'eau atteindrait les sinus frontaux avec une trop grande force et pourrait provoquer des maux de tête ou des vertiges.

On doit craindre quelques accidents qui peuvent être évités facilement. Ils ont lieu surtout dans l'oreille moyenne, quand l'eau vient à passer par les trompes d'Eustache et pénètre dans cette cavité. Une otite aiguë peut être le résultat de l'entrée d'une faible quantité d'eau dans la caisse du tympan. Il est donc indispensable de ne pas donner trop de pression au liquide, et surtout d'èviter de se moucher aussitôt après la douche nasale. On doit aussi ne pas employer la douche d'air immédiatement après le lavage. Si les deux fosses nasales sont également perméables, on devra opérer alternativement d'un côté et de l'autre. Au contraire, s'il en est une plus étroite, on choisira cette dernière pour placer l'embout et lancer le courant d'eau, on évitera ainsi le passage de l'eau dans l'oreille moyenne.

Le nombre des séances pourra varier de deux par jour à une seulement tous les deux ou trois jours.

Mais, comme nous l'avons déjà fait pressentir, le lavage ne fait qu'entraîner les croûtes, sans modifier en rien l'état local; aussi l'ozène reparaît si on n'emploie que ce moyen, qui seul était mis en usage jusqu'à ces dernières années.

L'emploi du tampon de ouate a pour but de rendre aux fosses nasales leur disposition normale, et de supprimer ainsi la cause de la putréfaction des mucosités.

Ce tampon se compose d'une mince couche de ouate enroulèe autour d'une aiguille à tricoter. Il doit avoir la longueur des fosses nasales, c'est-à-dire environ 5 à 6 centimètres. Son volume ne doit guère dépasser celui d'un porte-plume.

Pour l'introduire, on le dirige dans la narine d'avant en arrière, dans la direction de l'angle externe de l'œil, de façon à lui donner à peu près la direction du cornet inférieur. Quand le manchon de ouate a disparu en entier dans la narine, on retire l'aiguille, qui jouait facilement dans son centre, et le manchon reste en place.

Il est bon de vérifier par la rhinoscopie si la position est bonne, afin que le malade s'habitue lui-même à placer ce tampon. Cette habitude est facilement prise, et le malade fait lui-même l'application du tampon avec plus d'adresse et de dextérité que son médecin.

Ce tampon est ordinairement parfaitement supporté après quelques jours, et on constate qu'il fonctionne bien, lorsque le courant d'air produit par l'expiration est légèrement bruyant.

Aussitôt après l'application, le malade mouche des mucosités liquides, non fétides, et dans les conditions ordinaires et normales.

Il suffit qu'une seule narine soit munie d'un tampon dans les cas ordinaires, et le malade se débarrasse à volonté de ce corps étranger, tous les deux ou trois jours, au moyen d'une irrigation.

Mais il est bon d'ajouter que ce traitement, qui agit rapidement pour supprimer une infirmité si terrible, ne doit pas être négligé. Sans cela l'état antérieur reparaît aussitôt. La moindre infraction, le moindre oubli font reparaître aussitôt l'odeur caractéristique. Cependant, le traitement est si simple et si facile, que tous les malades s'y soumettent volontiers, et tous retirent un bénéfice durable de leur assiduité. Aussi peut-on regarder cette méthode nouvelle comme supérieure à toutes celles connues jusqu'ici, autant par la facilité de son emploi que par les résultats immédiats qu'elle procure.— *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale* du 30 avril 1881.

De la transfusion intrapéritonéale.

Les expériences de Panfick ont démontré que le sang peut entrer dans la cavité péritonéale et se résorber sans produire de graves accidents. Quand on a voulu appliquer cette expérience à la thérapeutique, on a obtenu plusieurs fois d'excellents résultats. La transfusion intravasculaire est certai-

nement meilleure à cause de son action plus rapide ; cependant, dans certains cas, la transfusion intrapéritonéale doit être tentée, ne fut-ce que comme procédé d'attente. Le docteur Kaczorowski rapporte de nouveaux faits qui mettent en évidence l'action bienfaisante de la transfusion abdominale. Dans l'un d'eux il y eut, pendant cinq jours, un peu de sensibilité au niveau du point où elle avait été pratiquée ; mais, dans quatre autres, la transfusion fut parfaitement supportée et suivie d'une amélioration marquée.

Un des avantages les plus sérieux de cette méthode, c'est son extrême simplicité. On n'a besoin ni d'un appareil spécial ni d'une très grande habileté opératoire. On devra l'essayer surtout dans les affections fébriles prolongées, accompagnées d'altération cardiaque consécutive à l'anémie secondaire.

L'anémie chronique et rebelle semble constituer une autre indication.

Relativement au manuel opératoire, voici comment l'auteur le décrit : un trocart courbe est plongé dans la cavité abdominale par la ligne blanche et 700 grammes de sang environ sont introduits dans le péritoine, au moyen d'un tube de caoutchouc auquel est adapté un entonnoir. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1881.)

Sur les altérations du lait dans les biberons.

Le laboratoire municipal ayant été consulté, il y a deux mois, par M. le docteur Du Mesnil, au sujet de l'odeur fétide qui se dégage des biberons employés pour l'alaitement artificiel et sur les altérations que pouvait avoir subies le lait dans ces biberons, je fus chargé de cette étude.

Plusieurs biberons *en service* dans une crèche, remis au laboratoire par M. Du Mesnil, donnèrent lieu, par mon examen, aux constatations suivantes :

Dans tous les biberons, le lait avait contracté une odeur

nauséabonde, sans qu'on ait pu y déceler la présance de l'hydrogène sulfuré. Le lait était acide, à demi coagulé ; à l'examen microscopique, les globules graisseux étaient déformés, ils avaient une apparence piriforme ; de nombreuses bactéries très vivaces et quelques rares vibrions se montraient dans le liquide.

La quantité de lait restant dans chaque biberon était insuffisante pour une analyse chimique complète.

Le tube en caoutchouc qui sert à l'aspiration, incisé dans toute sa longueur, renfermait du lait coagulé et les mêmes microbes que ceux rencontrés dans le lait du biberon ; mais, en outre, *et c'est le fait important de cette communication*, l'examen révéla dans l'ampoule qui constitue la tétine du biberon et termine le tube en caoutchouc *la présence d'amas plus ou moins abondants d'une végétation cryptogamique.*

Ces végétations, ensemencées dans du petit-lait, ont donné en quelques jours, dans des proportions considérables, *des cellules ovoïdes* se développant en mycéliums, dont je n'ai pu encore observer les fructifications.

En présence de ces faits, M. le secrétaire général de la préfecture de police a réuni les médecins-inspecteurs du service des enfants du premier âge et a prescrit une visite de toutes les crèches, faite concurremment avec les chimistes du laboratoire municipal.

Le résultat de ces visites a été le suivant :

Sur trente et un biberons examinés dans dix crèches, vingt-huit contenaient dans la tétine, dans le tube en caoutchouc et même, pour quelques-uns, dans le récipient en verre, des végétations analogues à celles qui viennent d'être indiquées et des microbes de l'espèce de ceux mentionnés plus haut. Plusieurs de ces appareils, lavés avec soin et par conséquent prêts à être mis en service, contenaient encore une grande quantité de ces cryptogames.

Je ferai remarquer que, dans deux cas, on a retrouvé dans les tubes de biberons en très mauvais état du pus et des globules sanguins, et que les médecins ont constaté que les en-

fants aux-quels appartenaient ces biberons présentaient des érosions dans la cavité buccale. On peut donc en conclure que la salive pénètre dans les biberons et vient ajouter ses propres ferments à ceux du lait. Il est vraisemblable que l'acidité constatée dans le lait est déterminée par les bactéries qui s'y trouvent, et dont les germes existent dans les biberons même lavés. C'est à la faveur de cette acidité que les *mycéliums* dont nous avons parlé se développent.

Quelle influence la présence de ces végétations cryptogamiques et de ces microbes, qui coïncide avec une altération profonde du lait contenu dans les biberons, exerce-t-elle sur le développement des affections intestinales qui font de si nombreuses victimes parni les enfants du premier âge soumis à l'allaitement artificiel ? C'est ce qu'il est encore impossible de dire, et c'est ce que des expériences en cours d'exécution permettront probablement de déterminer.

(*Gazette médicale de Paris*, 28 mai 1881.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. le Dr de Saint-Germain.

Hôpital des enfants-Malades.

Le mal de Pott.

Le mal de Pott est une affection complexe qui consiste dans une altération profonde ou des vertèbres ou des disques intervertébraux, caractérisée par l'élimination de la partie nécrosée et par une cicatrisation osseuse.

Les uns ont admis une nécrose, d'autres une carie. Nélaton voulait que ce fut toujours une forme du tubercule du corps des vertèbres ; en somme, c'est toujours une affection amenant la destruction des os.

Bouvier a partagé cette affection en trois périodes :

1o Période d'invasion ;

2o Période de destruction :

3o Période de réparation.

Pott n'admettait pas la période de réparation, mais ce

dernier ne s'adressait qu'à des adultes, et on sait que chez les adultes le mal de Pott est toujours mortel, tandis que chez les enfants il guérit.

1° *Période d'invasion.* — Le mal de Pott peut commencer par les ligaments ou les os, et l'ulcération se former au centre ou à l'extérieur de la vertèbre.

Dans certaines circonstances il y a une simple érosion, *en coup d'ongle* qui a enlevé comme un copeau de la colonne vertébrale ; cette érosion s'agrandissant peut s'étendre à une ou plusieurs vertèbres. M. de Saint-Germain insiste beaucoup sur cette érosion en coup d'ongle, qui peut expliquer les maux de Pott prolongés, c'est ce que l'on appelle la forme ulcéreuse. Il se forme des abcès non accompagnés de gibbosité, car il faut un certain temps pour que la vertèbre s'use.

Dans d'autres cas, il se forme un tubercule au milieu du corps de la vertèbre ; ce tubercule a une période de crudité, une de ramollissement et une de suppuration.

Une fois donc la vertèbre réduite à l'état de bouillie, la colonne vertébrale s'infléchit, il se forme une gibbosité. La colonne vertébrale peut résister pendant un certain temps à la destruction de la vertèbre, grâce à la partie postérieure de cette dernière. Pour comprendre ce phénomène, divisons, avec Bouvier, la colonne vertébrale en deux parties : le rachis antérieur et le rachis postérieur.

Le rachis antérieur comprend le corps des vertèbres, le rachis postérieur comprend les apophyses épineuses avec leurs lames et les apophyses transverses. Une fois le rachis antérieur détruit, c'est le rachis postérieur qui soutient la colonne ; mais on comprend combien ce point d'appui est faible et que le moindre traumatisme puisse faire effondrer la colonne. Il y a donc un travail préexistant qui mine la vertèbre, et le traumatisme qui arrive ne fait qu'accélérer la marche des choses ; jamais donc le mal de Pott n'est traumatique d'emblée.

Quand les choses se passent lentement, dès que le corps de la vertèbre est assez ramolli pour être incapable de supporter le poids du tronc, il s'affaisse sur lui-même ; la vertèbre supé

rieure, manquant d'appui en avant, mais soutenue en arrière par les apophyses épineuses, exécute un mouvement de bascule par lequel son apophyse épineuse se redresse et devient saillante ; de là une gibbosité.

Période de destruction. — La formation de l'angle caractérise cette période. Cet angle est a peu près médian ; il a un caractère particulier, il est brusque. Jamais ce n'est une convexité postérieure analogue à une cyphose, c'est un véritable promontoire.

Quelquefois, cependant, la courbure du mal de Pott peut ressembler à une gibbosité cyphotique ; s'il n'y a qu'une ou deux vertèbres de détruites, l'angle est aigu, mais s'il y a cinq, six et même huit vertèbres atteintes, l'angle est moins prononcé. La gibbosité est médiane, car le tubercule enkysté se trouve au milieu de la colonne ; il peut se trouver cependant sur les parties latérales, de là, inflexion du tronc soit à droite, soit à gauche ; on cite même le mal de Pott postérieur. Le mal de Pott peut être multiple, Bonvier a trouvé deux cas dans lesquels il y avait deux et trois maux de Pott ; dans ce dernier, chaque mal de Pott était séparé par des intervalles de vertèbres saines avec une série de petits promontoires séparés par des concavités.

Période de réparation. — Quand il n'y a qu'une érosion, la réparation est simple ; il se produit une sorte de bourgeonnement et la petite plaie se recouvre. Cette réparation est si facile que beaucoup de cas de mal de Pott ont pu passer inaperçus.

Lorsqu'il y a effondrement, il se passe un phénomène analogue aux guérisons des fractures. La cavité bourgeonne, de véritables jetées osseuses partent des parties supérieures et inférieures, empêchant la gibbosité de s'accroître. Au bout d'un certain temps, les stalactites osseuses disparaissent en partie, et dans la cavité on trouve un tissu osseux éburné qui constitue le cal.

Lésions de la moelle. — La moelle est rarement atteinte ; quelquefois on observe des fourmillements, une faiblesse des

membres inférieurs, de la paraplégie avec incontinence d'urines et des matières fécales ; tous ces faits sont rares. La moelle ne peut être atteinte que dans la formation de l'angle, mais le rachis postérieur la protège ; les lésions peuvent exister dans le cas d'effondrement brusque.

Diagnostic. — 1° *Période latente.* L'enfant menacé se fatigue sans avoir rien fait, il y a une fatigue générale qui se traduit par une envie de s'asseoir ou de se coucher, de plus, l'enfant perd le sentiment de l'équilibre ; il s'appuie sur les meubles en passant dans une chambre, et ne va jamais directement d'un point à un autre ; le soir il a un petit accès de fièvre ; il se plaint habituellement des reins.

2e *Période.* — L'enfant a des cris nocturnes ; le premier est aigu comme s'il avait reçu un coup ; ce cri arrive dans le premier sommeil, comme dans la coxalgie, parce que souvent à ce moment l'enfant éprouve comme une sensation de chute, de glissement ; alors, par un mouvement brusque, il contracte fortement ses muscles spinaux, avec l'intention de se rattraper ou de se retenir. Ce phénomène est assez fréquent chez les adultes.

Il y a une douleur fixe qui siége toujours sur la colonne vertébrale au niveau de la vertèbre malade.

On constate de la raideur dans les mouvements de la colonne vertébrale ; c'est facile à vérifier par la suspension par les pieds. On place l'enfant sur le ventre et on lève ses jambes par les malléoles ; si l'enfant est sain, la colonne vertébrale, semblable à un grand ressort, formera une courbe très prononcée ; s'il y a mal de Pott, le petit malade fait le gros dos, sa colonne vertébrale se tient raide.

On pourrait confondre le mal de Pott avec la scoliose, mais qui dit mal de Pott dit immobilisation spontanée ; dans la scoliose, au contraire, il y a grande mobilité, grande souplesse, sans jamais de douleurs. La cyphose rachitique peut simuler un mal de Pott où il y aurait plusieurs vertèbres atteintes ; on sait que la cyphose rachitique est très rare chez l'enfant.

Le diagnostic différentiel avec la rachialgie rhumatismale sera fait par le siége et la durée de la maladie ; nous ne ferons que citer le lumbago, qu'on n'observe pas chez l'enfant.

Formes du mal de Pott. — On a prétendu que, suivant la forme de la gibbosité, suivant la forme et la courbure et suivant la région, on pourrait distinguer le genre de lésions ; tout cela est inexact. Le seul signe que l'on puisse donner, c'est l'abcès parfaitement limité au rachis ; dans ce cas il y a un mal de Pott probable par érosion.

Conséquences du mal de Pott. — Le produit du mal de Pott est l'abcès par congestion, surtout dans la forme tuberculeuse. Ces abcès sont stationnaires ou migrateurs. Si le pus reste sur place, il s'accumule et vient faire saillie sous la gibbosité. Si le pus est abondant, il fuse, arrive dans la fosse iliaque, passe sous l'arcade de Fallope, se montre à la partie interne de la cuisse et peut descendre jusqu'au genou ; c'est l'abcès ilio-fémoral.

D'autres fois le pus fuse en arrière par l'échancrure sciatique, de là dans la fesse, arrive à la partie postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité.

Diagnostic d'un abcès par congestion. — Il faut d'abord avoir soin de purger l'enfant, ensuite on le place sur le dos, on lui fait fléchir les cuisses et ouvrir la bouche, afin de mettre les muscles abdominaux dans un état complet de relâchement ; si l'on n'y arrive pas par ce moyen, on emploie le chloroforme. Puis, en déprimant très doucement la paroi abdominale, et en allant à la rencontre de la colonne vertébrale, on sent un boyau allongé venant se perdre dans la fosse iliaque. Lorsque l'abcès a passé sous l'arcade de Fallope, il est facile à diagnostiquer, on pourrait tout au plus le confondre avec un abcès ganglionnaire ; un abcès par congestion est fluctuant et réductible ; avec une main, déprimant la paroi abdominale, et l'autre pressant sur l'abcès au niveau de l'arcade de Fallope, on peut facilement se renvoyer le pus par fluctuation.

L'abcès postérieur est plus difficile à reconnaître : on peut le confondre dans l'échancrure sciatique avec un cancer encéphaloïde, avec une sciatique, à cause de la douleur produite par compression du nerf sciatique ; la tuméfaction quelquefois énorme de la fesse peut mettre sur la voie.

On peut confondre les abcès par congestion avec les abcès ossifluents venant des côtes ou du sternum ; ces derniers ne sont pas loin et sont toujours accompagnés de douleurs soit du côté des côtes, ou soit du côté du sternum.

La myélite pourrait être confondue avec une paraplégie du mal de Pott ; cette dernière est brusque et guérit ordinairement au bout de trois mois à la suite de repos, tandis que cela n'arrive pas pour la myélite.

Pronostic. — Il se divise en deux cas : chez l'adulte le mal de Pott est mortel, chez l'enfant le plus souvent il guérit, a moins d'affections thoraciques tuberculeuses.

Traitement. — Au point de vue du traitement, on peut diviser le mal de Pott en trois classes :

1° Mal de Pott sans paralysie ni abcès ;

2° Mal de Pott avec paralysie ;

3° Mal de Pott avec abcès.

En tant que mal de Pott, le mal de Pott guérit ; mais il est incurable par ses complications qui sont : soit la tuberculose, soit la méningite, soit le carreau, soit les abcès par congestion.

1er cas. *Mal de Pott sans abcès ni paralysie* : le premier symptôme est la gibbosité. Dans ce cas on peut faire intervenir l'état général, c'est-à-dire savoir si ce mal de Pott tient à la syphilis ; on pourra alors donner le traitement mixte (Bouvier). M. de Saint-Germain ne croit pas au mal de Pott syphilitique.

Si la cause est la scrofule, administrer l'iode sous toutes les formes ; en second lieu, les sulfureux en bains, en boissons ; en troisième lieu, les phosphates. Bouvier a nié l'influence des phosphates : M. de Saint-Germain, au contraire, dit que les phosphates bien administrés produisent de bons résultats, surtout sous la forme de lactophosphates.

Les bains de mer ont aussi une grande influence, mais il faut les donner dans un moment propice. Dans le premier cas de mal de Pott, il y a deux périodes : la première ou période aiguë, est celle dans laquelle il y a des poussées inflammatoires ; les bains de mer seront sans résultat. Il faut les donner dans la période chronique, et encore faut-il prendre les précautions de ne pas les donner froids, à moins que l'enfant ne se trouve dans des conditions spéciales, qu'il soit très fort, que son système nerveux soit peu sensible. Le bain de mer doit être donné chaud, *jamais pur* au commencement ; car il développe de l'insomnie, un appétit exagéré, de la faiblesse, etc...; on commence d'abord par mettre 2/3 eau douce pour 1/3 eau de mer, puis 1/3 eau douce et 1/2 eau de mer ; ensuite 2/3 eau de mer et 1/3 eau douce.

Antoine Dubois avait préconisé un spécifique qui a eu une grande vogue : c'était le liniment ammoniacal.

Il faut lutter énergiquement contre la tendance des médecins qui conseillent l'exercice, parce que, disent-ils, un enfant enfermé dans une gouttière, ne sortant pas, ne s'amusant pas, devient presque toujours phthisique ; au contraire, M. de Saint-Germain a toujours remarqué que l'enfant enfermé dans une gouttière engraissait et dit qu'il est toujours possible de le faire sortir de sa gouttière en ayant bien soin que la colonne vertébrale soit maintenue immobile. Bouvier a cité plusieurs observations d'enfants qui se sont guéris en prenant de l'exercice. Ces observations ne sont pas concluantes, parce que l'on avait affaire ou à des cas bénins, ou bien à une cyphose rachitique.

Il ne faut pas non plus essayer le redressement ; c'est une mauvaise méthode pouvant amener de graves accidents et ne donnant pas de résultats pratiques.

Traitement local. — C'est l'immobilisation. Pour immobiliser, le séjour au lit ne suffit pas ; un lit, tant dur soit-il est toujours trop mou, et l'enfant finit toujours par s'y faire un petit creux ; de plus l'enfant se couche comme les petits animaux, ni sur le dos, ni sur le ventre, mais en chien de

fusil, c'est-à-dire avec une tendance à rapprocher son menton de ses extrêmités inférieures. L'appareil qu'on devra employer en premier lieu sera la gouttière de Bonnet. Une fois l'enfant placé dans la gouttière, on peut laisser des mouvements aux jambes, mais il faut toujours avoir soin que le tronc soit bien immobilisé et ne jamais laisser enlever la sous-ventrière.

Si l'on veut sortir les enfants en hiver, on les introduit avec leur gouttière dans un sac en fourrure ou en peau de mouton et on les promène sur une petite voiture d'enfant ; il faut supprimer l'usage des grandes voitures qui donnent de trop fortes secousses, même lorsqu'elles sont bien suspendues.

La gouttière de Bonnet remplit bien toutes les conditions voulues, mais elle a deux inconvénients : sa masse et sa dureté. M. de Saint-Germain a fait construire à bien meilleur marché, une gouttière en osier, légère, se pliant dans le sens de la largeur, et ressemblant assez bien aux pannetons des boulangers ; le seul inconvénient de cet appareil, c'est l'imperforation.

Quant au corset, on ne l'emploie que quand la gouttière est devenue inutile ; ce qu'on reconnait à plusieurs signes : quand l'enfant ne souffre plus dans sa gouttière, quand il veut en sortir et manifeste le désir de marcher.

Le corset doit répondre à deux indications : 1o présenter un appui solide sur le bassin ; 2o il doit avoir deux tuteurs qui remplacent les lames usées de la colonne vertébrale ; il faut aussi que le poids de la tête porte le moins possible sur la colonne vertébrale.

Doit-on supprimer subitement la gouttière et le corset ? M. de Saint Germain n'est pas de cet avis, et conseille de prendre un appareil intermédiaire, par exemple le procédé des *béquilles* qui ont le grand avantage de soustraire la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur, mais l'éducation en est très difficile. L'éminent chirurgien des enfants a substitué aux béquilles le *chariot flamand* qui en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

La *gymnastique* non seulement est inutile, mais même nuisible en ce sens qu'elle expose aux récidives.

Les cautères ont joui d'une grande vogue, surtout en province, parce que, disait-on, ils empêchaient les abcès. Les cautères sont au mal de Pott, pour beaucoup de praticiens, ce que les sangsues sont à une inflammation.

Ce qui explique leur grande vogue, c'est qu'ils enlèvent la douleur ; mais en revanche, ils ont un effet redoutable en amenant des fistules intarissables.

M. de Saint Germain combat absolument l'usage des cautères, mais en revanche il admet la cautérisation, non pas avec le galvano-cautère, mais avec le cautère actuel.

Les caustiques liquides sont mauvais, parce qu'on ne peut pas mesurer l'intensité de la brûlure.

2o Cas. Mal de Pott avec paralysie. Abandonnée à elle-même, la paralysie guérit presque toujours. Il y a antagonisme entre la paralysie et l'abcès par congestion, chose qui paraît curieuse, mais qui est bien explicable. En effet, dès que la moelle est dégagée de la compression produite par le pus et le détritus osseux, il n'y a plus de paralysie, il y a production d'abcès.

Le traitement à cette période, est le repos et l'immobilisation. On a essayé les bains de mer, traitement ni utile, ni inutile, parce qu'il s'adresse plutôt à un état général qu'à un état local.

Il en est de même des frictions et de l'électrisation qui ne sont que des moyens adjuvants.

3o cas. Mal de Pott avec abcès. Si l'abcès s'ouvre spontanément, cette terminaison, redoutée par beaucoup de médecins, n'est cependant pas très fâcheuse, sauf chez l'adulte, à cause des réactions qui peuvent se produire sur l'organisme (fièvre hectique, infections purulentes). Il faut au contraire, laisser les abcès s'ouvrir seuls, car la fistule qui se produit peut finir par se boucher. D'habitude on cherche à évacuer le pus le plus tard possible ; il ne faut pas hésiter quand l'abcès s'est enflammé, ou bien, quand on craint une cicatrice vicieuse ou une fistule.

Comment doit-on ouvrir ? Bouvier cite, pour le préconiser, le procédé d'Abernethy (méthode sous-cutanée). Mais tout ce qui est ponction est presque toujours nuisible ; l'évacuation du pus est difficile, incomplète, à cause des grumeaux, des détritus qui se présentent à l'embouchure de la canule et l'obstruent ; puis, la ponction entraîne toujours l'inflammation du pourtour de l'ouverture.

Chez les enfants où il n'y a que peu de réaction, on peut ouvrir largement. On commence par fendre l'abcès dans son plus grand diamètre, on vide et on éponge ; puis on se sert d'un instrument, très en vogue chez les Allemands, appelé *raclette* ; on écarte les lèvres de la plaie ; on racle la surface interne de l'abcès, qui se présente sous la forme d'une espèce de menbrane pyogénique villeuse, et on transforme cette surface villeuse en une surface cruentée.

L'opération est longue et dure d'une demi-heure à trois quarts d'heure ; ensuite on réunit par première intention, en ayant soin de ménàger deux drains.

M. Trélat a présenté à la *Société de chirurgie* un malade opéré par ce procédé, dont la guérison avait été complète au bout de quatre jours.

Les *fistules* ont été traitées par la teinture d'iode (Brunet, Velpeau). Nélaton a décrit un procédé plus rationnel : il dilatait le canal de la fistule avec des tiges de laminaria, qu'il enfonçait le plus profondément possible ; une fois ce canal dilaté, il poussait des injections de liqueur de Villate. Il est probable qu'un retirant les tiges de laminaria, il raclait la surface du canal, et, transformant ainsi la surface villeuse en surface cruentée, il obtenait la guérison. (*Revue de Thérapeutique*,) No 2, 15 Janvier 1881

Dr A. Ekmon.

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle.— Electrolyse. — Ligature des artères radiale et cubitale.— Destruction du sac anévrysmal par le thermo-cautère.— Guérison.

Par le Docteur Bulteau

Le 26 mai 1880, Jac....., âgé de huit ans, tomba sur la chaussée, portant une bouteille dans la main droite. La bouteille se brisa et les débris pénétrèrent profondément dans l'éminense hypothénar. Une hémorrhagie considérable s'ensuivit et le sang s'échappa en jet de la plaie. On mena l'enfant en toute hâte chez le pharmacien. Celui-ci, mieux inspiré que d'ordinaire, jugeant le cas assez grave, fit conduire immédiatement l'enfant chez un médecin. Le petit blessé arriva chez moi à 9 heures du soir ; il était pâle, exsangue et syncopant. Je n'eus que le temps de le coucher sur le parquet et de le flageller avec une serviette mouillée, ce fut sans peine que je réussis à faire l'hémostase ; l'hémorrhagie avait cessé sous l'influence de la syncope. Néanmoins je fis une compression énergique avec de l'agaric fixé sur la plaie au moyen de bandelettes de diachylon fortement serrées.

Je vis le malade le 27 ; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie pendant la nuit. J'enlevai le pansement et examinai la plaie. Elle était irrégulière, profonde, située au niveau de l'éminence hypothénar. L'artère cubitale, là où elle se recourbe pour former l'arcade palmaire superficielle, avait été bien certainement intéressée par les éclats de verre, étant donnée l'hémorrhagie considérable qui se produisit après l'accident. Je ne trouvai aucun débris de bouteille dans la plaie. Je fis un pansement phéniqué avec une légère compression. Aucune hémorrhagie ne survint par la suite. La plaie alla bien jusqu'au 1er juin, époque à laquelle je fis le dernier pansement, non pas que la plaie fut cicatrisée, mais pour céder au désir de la mère qui croyant son enfant guéri, me dit qu'elle ferait elle-même les pansements et qu'elle me ferait prévenir s'il y avait quelque chose de nouveau.

Le 26 juin, la mère se présenta à ma consultation me priant

d'examiner la main de son enfant. " La plaie est cicatrisée depuis quelques jours, me dit-elle, mais il y a des battements dans la main et c'est ce qui me cause quelque inquiétude. "

Je vis, en effet, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur pulsatile de la grosseur d'une noisette, présentant des battements isochrones à ceux du pouls. Une compression exercée sur la cubitale, au niveau du poignet, faisait cesser les battements de la tumeur. A sa surface la peau était légèrement violacée. Il n'y avait pas de doute, j'étais en présence d'un anévrysme traumatique, faux consécutif, développé aux dépens de l'artère cubitale à sa terminaison à la paume de la main. Il fallait intervenir rapidement pour empêcher le développement de la tumeur et les hémorrhagies qui devaient en être la conséquence fatale. La chirurgie mettait à ma disposition plusieurs moyens :

1o La compression appliquée directement sur la tumeur ;

2o La ligature au niveau du poignet de l'artère cubitale seulement, ou des deux artères radiale et cubitale ;

3o L'injection dans la tumeur d'un liquide coagulant tel que le perchlorure de fer, par exemple ;

4o La coagulation du sang dans la tumeur par l'électrolyse.

Ce fut à ce dernier procédé que je donnai la préférence, le considérant comme inoffensif et tout à fait propre à amener la guérison en déterminant la coagulation du sang dans l'intérieur du sac anévrysmal.

Le 8 juillet je fis une première séance d'électrolyse de six minutes environ. Je me servis de l'appareil à courant continu de Gaiffe, que mon excellent confrère, M. Decès, avait mis très obligeamment à ma disposition. Le pôle positif se trouvait au niveau de l'aiguille introduite dans la tumeur. Le pôle négatif était représenté par une plaque de charbon revêtue de peau de chamois ; elle fut appliquée sur l'avant-bras du malade. J'employai seize éléments, nombre auquel je n'arrivai que progressivement.

Le 12 juillet eut lieu la deuxième séance. Il se produisit

au niveau de la piqûre, après que l'aiguille eût été retirée, une petite hémorrhagie qui fut arrêtée facilement.

Le 15 juillet, les battements de la tumeur n'avaient aucunement diminué ; de plus, la peau, là où avaient été pratiquées les piqûres, présentait une plaque noirâtre limitée par un cercle rougeâtre inflammatoire. L'électrolyse avait déterminé le sphacèle de la peau et une hémorrhagie devenait presque inévitable au moment de la chûte de l'eschare. Malgré une compression très énergique, le sang apparut à travers les pièces du pansement.

Le 17 juillet, avec l'aide de mon confrère et ami le docteur Lévêque, je fis la ligature de l'artère cubitale au niveau du poignet. L'hémorrhagie cessa ; les battements disparurent dans la tumeur pendant quelques jours. La plaie fut pansée, à la suite de la chûte de l'eschare, à l'acide phénique, et fut soumise à une compression énergique. Au moment où la cicatrisation commençait à s'effectuer, des battements apparurent de nouveau, des hémorrhagies nouvelles se produisirent et je fus obligé d'intervenir d'une manière radicale et définitive ; le petit malade n'avait déjà que trop perdu de sang, et il était de toute nécessité d'empêcher la reproduction des hémorrhagies et d'en faire disparaître la cause au plus tôt.

Je résolus d'abord de faire la ligature de la radiale au niveau du poignet. La compression de cette artère faisait disparaître presque complètement les battements de la tumeur, par conséquent je supprimais par ce moyen la source principale d'apport du sang dans l'anévrysme. Je crus en outre qu'il fallait détruire l'anévrysme et l'empêcher de se développer à nouveau aussitôt que se serait établie une nouvelle circulation collatérale.

Le 20 août, le malade fut chloroformisé, et, avec l'aide de mes excellents confrères Lévêque et Baronet, de Verzy, je pratiquai la double opération. La ligature de l'artère radiale se fit avec une grande facilité : quant à l'anévrysme, je l'attaquai avec la pointe du thermo-cautère, chauffée au rouge.

Toutes les parois de la tumeur furent profondément cautérisées de façon à supprimer complètement la poche anévrysmale, et à transformer l'anévrysme en une simple plaie largement ouverte à l'extérieur. Tout au début de la cautérisation une hémorrhagie assez considérable se produisit ; elle fut rapidement arrêtée par le thermo-cautère et une compression énergique. Depuis ce jour, il n'y eut aucune hémorrhagie. La plaie fut pansée à l'acide phénique, des bourgeons charnus envahirent le fond de la plaie, puis gagnèrent la superficie, et la cicatrisation fut complète et définitive le 1er octobre. A cette époque il existait, au niveau de l'éminence hypothénar, une légère dépression cicatricielle. Tout battement avait disparu. Les mouvements des doigts étaient absolument libres. La guérison s'est maintenue.

Réflexions. 1o Dans le cas actuel, l'électrolyse a donné de bien mauvais résultats. Bien que 16 éléments seulement aient été employés, elle a déterminé la mortification des tissus et occasionné, par ce fait, des hémorrhagies considérables.

2o Dans les anévrysmes traumatiques de la paume de la main, la ligature des artères radiale et cubitale ne suffit pas toujours pour amener la guérison. La destruction du sac anévrysmal par la cautérisation au thermo-cautère doit être considérée comme le meilleur moyen à employer lorsque tous les autres procédés ont échoué.—(*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 15 *juin* 1881. *Reims.*)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

L'Iode et ses préparations.

La médication iodée a de très nombreuses applications. La plupart des cachexies, telles que le lymphatisme, le scrofulisme, le rachétisme, le syphilisme, etc., etc., en sont justiciables. Sa puissance thérapeutique, dans ces circonstances, a été proclamée depuis de longues années.

Tout récemment M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, particulièrement sur le lupus, a fait ressortir l'efficacité de la médication iodée chez les scrofuleux, et c'est au sirop de Raifort iodé qu'il donne la préférence, pour le jeune âge surtout. On comprend que cette préparation, entre toutes les autres, soit préférée et jouisse d'une vertu particulière due à ses éléments constitutifs : le cresson avec l'iode, le Raifort et le cochléaria avec le souffre qu'ils contiennent, l'écorce d'oranges amères avec ses propriétés toniques, dont est constitué le sirop de Raifort de Grimault ; l'iode y est tellement dissimulé qu'on ne le reconnait ni au goût ni à l'odorat et qu'il ne peut être décelé que par les réactifs les plus puissants, ce qui le distingue essentiellement du sirop antiscorbutique dans lequel on ajoute de la teinture d'iode qui ne peut alors s'y trouver à l'état de combinaison intime.

Nous avons cru ces quelques lignes préliminaires utiles pour justifier la publication succincte de quelques faits qui militent en faveur de cette puissante médication.

Jos. Kop..., 26 ans, tempérament lymphatique, avait contracté une syphilis qu'il n'avait osé avouer à sa famille, et qui avait été d'une lenteur extrême à guérir. A cet effet, il a fait un long séjour à l'hôpital. Quand il vint nous consulter, les accidents locaux avaient complètement disparu. Restaient une exagération du tempérament lymphatique, des traces de syphilides encore visibles avec engorgement multiple des glandes au cou et aux aines, où l'une d'elles s'était abcédée et continuait de fournir du pus par une sorte de trajet fistuleux. Sans nous préoccuper de ce dernier fait autrement que pour conseiller la propreté, préférant nous en servir pour juger des progrès de la médication, nous prescrivîmes journellement 3, puis 4 cuillerées à bouche de sirop de Raifort iodé, un régime animalisé, assaisonné à volonté d'une tisane de houblon édulcorée par la réglisse. Cette médication fut très bien supportée, mais on était entré en hiver, ce qui ralentit la cure ; ce ne fut qu'au bout de près de trois mois que

le trajet fistuleux tarit complètement en l'absence du reste de toute médication locale. Le traitement fut continué pendant deux mois encore, en le réduisant à deux cuillerées de sirop par jour, et l'on obtint une guérison complète que nous avons eu la satisfaction de constater ultérieurement.

Nous empruntons au SCALPEL de Liège l'observation suivante du docteur Delzenne, dans laquelle l'iode a produit aussi d'excellents résultats :

Mademoiselle Jeanne D..., âgée de 15 ans, est grande, bien développée, jouissant d'un appétit normal. Chez elle, la prédominance du système lymphatique s'est accusée, dès l'âge de 12 ans, par un volume exagéré des amygdales avec catarrhe des trompes d'Eustache, accompagné d'un certain degré de surdité et d'un peu d'écoulement séro-purulent des oreilles, se produisant à époques intermittentes. Ces phénomènes avaient disparu sous l'influence d'un bon régime et de l'usage longtemps soutenu du fer et des sulfureux.

Depuis un an, l'éruption menstruelle se fait avec régularité. Tout semblait marcher à souhait, lorsque, il y a six mois, se déclara un coryza persistant qui, après un mois de durée, donna lieu à un écoulement purulent d'odeur désagréable, fort pénible à supporter, aussi bien pour la jeune malade que pour les personnes qui l'entouraient. On eut de nouveau recours au fer, au soufre sans aucun résultat. L'iodure de potassium fut employé à son tour et sans plus de succès. C'est alors que, tenant compte de l'état de combinaison particulier que présente l'iode dans le *Sirop de Raifort iodé* de Grimault et me rappelant les effets tout particulièrement favorables qu'il m'avait déjà donnés dans plusieurs cas analogues, je résolus de le prescrire.

Je recommande à la jeune malade d'en prendre une cuillerée à bouche, *au milieu* de chaque repas, c'est-à-dire deux par jour. Au bout de huit jours, je fis prendre une troisième cuillerée, au moment du premier repas et voici ce que je pus observer :

Dès le cinquième jour, la sécrétion est aussi abondante,

mais la coloration jaune-soufre a diminué ; l'odeur est moins pénétrante.

Le dixième jour, la sécrétion est presque muqueuse et l'odeur peu appréciable.

A la fin de la troisième semaine, les sécrétions nasales sont normales et l'état général de santé des plus satisfaisants.

Les règles survenues pendant le traitement ont été un peu plus abondantes et nullement douloureuses.

Je conseille de continuer l'usage du sirop de Raifort iodé de Grimault ; pendant un nouveau mois.

Nul doute que l'on éviterait le développement de bien des cas presque incurables de punaisie, si l'on se déterminait à recourir à temps au précieux médicament qui a rendu à Mlle Jeanne D... le service que je viens de signaler.



BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS CLINIQHES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES, professées à l'hôpital Necker, par J. C. FELIX GUYON.



Si le mérite d'un ouvrage consiste dans son utilité, si sa valeur se côte d'après les services qu'il peut rendre, le livre que vient de publier le professeur Guyon doit être placé au premier rang. Il comble une lacune importante de notre littérature médicale ; c'est un véritable traité de médecine opératoire urinaire ; c'est la technique urinaire, c'est-à-dire l'ensemble des procédés d'explorations et d'opérations communes les pratiquant sur l'urèthre et la vessie.

Cet ouvrage est le résultat de la pratique et des observations de M. Guyon dans le service spécial de l'hôpital Necker. Il n'a pas les grandes allures d'un traité proprement dit de pathologie urinaire ; les questions d'historique et les discussions de doctrine n'y sont traitées qu'incidemment pour aisser la plus large place aux côtés plus pratiques de la ma

nœuvre opératoire et thérapeutique ; c'est, en un mot, une série de leçons cliniques.

Ces leçons ont été comprises et groupées d'une manière particulière. M. Guyon a largement semé ses idées sur des sujets spéciaux de pathologie urinaire dans les nombreux travaux qu'il a inspirés à ses élèves ; aujourd'hui, il publie des *généralités* dont l'ensemble constitue la véritable introduction et l'éducation première indispensables pour la pratique la plus usuelle.

On peut appliquer à l'urèthre ou à la vessie malades les tristes propriétés attribuées par les anciens à la veine porte, *porta malorum* : une exploration intempestive, une intervention malheureuse, quelquefois même la manœuvre la plus raisonnable et la mieux conduite, provoquent dans l'économie une série d'accidents divers dont la gamme s'étend depuis le simple frisson, unique et fugace, jusqu'à la mort rapide par néphrite suppurée ou urémie suraigüe. Le malade urinaire recèle dans ses flancs une mine toujours prête à éclater et dont la plus minime cause peut provoquer l'explosion.

La source de ces dangers, leur nature, les moyens de les prévenir ou de les atténuer, constituent essentiellement les généralités sur les affections urinaires, et comme le dit fort bien l'auteur dans sa préface, " ces difficultés et ces dangers ne sont pas inhérents à tel ou tel point de cette pratique ; on les rencontre en toute occasion. Du danger commun naît une solidarité réelle. C'est le lien puissant qui, au point de vue clinique, unit et tient reliées l'une à l'autre chacune des affections des voies urinaires."

L'ouvrage tout entier est divisé en quatre parties ; nous n'aurons pas la prétention de tenter l'analyse de ce travail ; chaque détail y a son importance, chaque division y est voulue est nécessaire ; l'ensemble de l'œuvre tire sa valeur de la multiplicité des faits et de la richesse des observations.

La première partie comprend l'étude des symptômes fonctionnels : les troubles de la miction bien examinés et justement interprétés ont une importance considérable qu'il faut

savoir utiliser pour le diagnostic ; ils sont en général la première expression symptômatique d'une affection urinaire et leur analyse est du plus grand intérêt.

La seconde partie est consacrée à l'étude des modifications imprimées aux urines par les maladies des voies urinaires. Il ne s'agit pas ici d'un chapitre de chimie biologique mais bien de l'examen clinique des urines étudiées dans leur quantité, leur qualité, le mode et le moment de leur excrétion, avec l'importance et la valeur séméiologique qu'il faut attribuer à chacune de ces circonstances si différentes.

Nous abordons avec la troisième partie les études de l'*empoisonnement urineux.* Cette intoxication spéciale que M. Guyon est très disposé à rattacher, dans la grande majorité des cas, à la résorption directe de l'urine, se traduit par des symptômes bien différents les uns des autres et dont l'analyse exigerait une large place : tantôt, c'est un accès fébrile aigü, franc, à évolution rapide, avec délire, troubles digestifs, respiratoires cardiaques ; tantôt, c'est une série d'accès répétés et prolongés, avec complications digestives, cérébrales, cardio-pulmonaires, rénales ; avec phlegmons et suppurations du tissu cellulaire. Dans une autre forme, forme lente, la température est peu élevée, mais les symptômes généraux et les troubles digestifs sont très marqués.

Ces troubles digestifs constituent par eux-mêmes une des formes les plus curieuses et les plus intéressantes de l'empoisonnement urineux : l'aspect de la langue, *la lanjue urinaire*, l'acidité de la salive, le muguet, la dysphagie buccale, sont autant de signes importants et souvent inconnus d'une affection des voies urinaires. Bien plus, nombre de dyspeptiques, de migraineux, de diarrhéiques, de constipés, ne sont que des *urinaires* s'intoxiquant à petite dose répétée et susceptible d'une guérison définitive, si l'on s'attaque à la cause éloignée de leur mal trop souvont ignorée. C'est, à notre avis, un des côtés les plus intéressants de l'ouvrage que cette étude des formes *larvées* de l'empoisonnement urineux.

Sous le titre de *signes physiques*, la quatrième partie traite

d'une manière complète de l'examen du malade : les renseignements fournis par l'examen direct, des considérations anatomiques et physiologiques sur l'urèthre de l'homme, le cathétérisme explorateur de la vessie et de l'urèthre chez le sujet sain et chez le sujet malade, le cathétérisme évacuateur et modificateur, les injectious intra-uréthrales et intra-vésicales, l'emploi du chloroforme comme adjuvant des manœuvres, constituent une série de chapitres qui, par leur nature, échappent à l'analyse et auxquels nous renvoyons le lecteur. Il y trouvera formulés d'une manière claire et précise les indications, les règles, les dangers du cathétérisme, ce mode précieux de *toucher uréthral et vésical* et il y puisera les éléments d'une pratique utile et innocente.

Le livre du professeur Guyon est un puissant argument contre la tendance trop accentuée de nos jours aux spéculations hâtives ; il démontre mieux que tous les raisonnements la nécessité d'une éducation médicale et chirurgicale complète, indispensable pour aborder avec fruit l'étude d'un point quelconque de la pathologie. Les difficultés de la pathologie urinaire la rattachent d'une manière intime aux principes qui régissent toute pratique chirurgicale et, comme le dit l'auteur, " il faudrait, pour les résoudre, posséder l'éducation la plus générale et réunir en soi toutes les qualités et toute la science du médecin et du chirurgien "

G. Bouilly.

(*Gazette Médicale*, 16 avril 1881.)

ANATOMIE GENÉRALE

Sur les liquides ovariens normaux et accidentels

Leçon de M. le Professeur CH. ROBIN, recueillie par M. G. VARIOT, interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Un examen rapide du liquide de l'ovisac contenu normalement dans les vésicules de de Graaf doit logiquement précéder l'étude des liquides se produisant accidentellement dans l'ovaire en quantité parfois assez considérable pour justifier le nom d'hydropisie enkystée que l'on a pu donner à certains kystes ovariens.

Nous devons donc nous occuper d'abord de la composition, du mode de production et du rôle physiologique de l'humeur à laquelle de Blainville a donné le nom d'ovarine. A l'état normale, ce liquide est peu abondant ; sa quantité est mesurée par le volume du follicule de de Graaf, qui le renferme ; peut-être pourrait-on utiliser, pour en faire une analyse plus complète que celles qui ont été faites jusquà présent, les ovisacs des grands mammifères.

Il est facile de constater, en incisant un ovisac, que le liquide qui s'en écoule est à peine visqueux, d'une couleur blanc-jaunâtre albumineuse, analogue à celle du sérum sanguin. Sa réaction est légèrement alcaline. Il renferme une petite proportion de principe coagulable, que l'alcool, la chaleur et les acides, mettent en évidence.

En suspension dans ce liquide on trouve habituellement chez la femme des noyaux et des cellules épithéliales sphériques, dont quelques-unes sont devenues très granuleuses. Ces éléments se sont détachés de la couche épithéliale à laquelle de Barry a donné le nom de tunique ou de couche granuleuse, et qui enveloppe immédiatement l'ovule. Dans certaines espèces animales, chez les rongeurs en particulier, les cellules épihéliales tapissant le follicule de de Graaf ont une forme prismatique et sont quelquefois munies de cils ; elles se retrouvent avec ces caractères dans le liquide.

Au reste, l'ovarine est de formation relativement tardive dans le follicule ; l'ovule préexiste : il n'est d'abord enveloppé que par une rangée d'épithélium sphérique.

Au cours du développement, les couches épithéliales se multiplient autour de l'ovule ; celles qui sont directement en contact avec lui donnent naissance par une sorte de secrétion à la zone pellucide ou membrane vitelline. L'enveloppe de l'œuf appartient aux éléments anatomiques non cellulaires, exocellulaires formés à l'aide et au dépens de principes immédiats fournis par les cellules épithéliales voisines. Par un phénomène de secrétion du même ordre se développe le liquide de l'ovisac ; lors de sa formation, il écarte les couches épithéliales interposées entre la paroi même du follicule et l'ovule ; il les dédouble en deuz zones : l'une tapissant la face interne du follicule, c'est la zone granuleuse ; l'autre, plus spécialement en rapport avec l'ovule, forme le disque proligère. Cette humeur une fois constituée sert de milieu à l'ovule, comme l'eau sert de milieu à divers êtres, comme l'air forme le milieu complexe dans lequel nous vivons. C'est par son intermédiaire que l'ovule emprunte ou rejette les matériaux d'assimilation et de désassimilation qui lui sont nécessaires pendant la durée de son développement jusqu'à sa maturité. On peut admettre, avec de Blainville, que l'ovarine a pour usage de déterminer par une action toute mécanique (en augmentant de quantité) la rupture de la vésicule qui la renferme, afin de donner issue au germe suspendu dans l'humeur et de faciliter son introduction dans la trompe. Selon toute probabilité, ce fluide, après avoir humecté la trompe, tombe dans le péritoine ; mais sa quantité est trop faible pour y déterminer un accident quelconque, du moins à l'état normal.

Les liquides ovariens qui peuvent se développer accidentellement doivent être divisés en deux groupes, correspondant le plus souvent chacun à une disposition anatomique particulière de la poche kystique qui les contient.

Dans un premier groupe se rangent les liquides toujours fluides, coulant facilement, mais parfois un peu filants, d'une

consistance oléagineuse ou sirupeuse. Leur mode de production est analogue à celui de l'ovarine des follicules de Graaf. Ils sont contenus en effet dans des kystes uniloculaires, en général, dont la face interne lisse est revêtue d'une couche discontinue d'épithélium pavimenteux.

Dans certains cas, à la suite d'hémorrhagies ou par le fait de la présence de saillies, de végétations rougeâtres à l'intérieur de la poche, l'épithélium peut avoir disparu. Ces kystes semblent résulter d'une dilatation des ovisacs,dont la paroi s'est hypertrophiée et en même temps plus on moins modifiée. A ce premier groupe des liquides fluides doit être également rattachée l'humeur des kystes extra-ovariens, attenant soit à l'une des franges du pavillon, soit à l'organe de Rosenmüller, dans le ligament large.

On doit placer dans un deuxième groupe des liquides, ou plutôt des substances visqueuses tenaces comme l'humeur vitrée s'étirant en longs filaments glutineux. Ces liquides sont fournis par des tumeurs kysteuses dites aréolaires ou multiloculaires.

Les recherches de Fox ont permis de comprendre d'une façon très satisfaisante le mode de développement de ces tumeurs. Cet auteur a montré que la production des cavités souvent très multipliées des kystes aréolaires était dûe à un processus du même ordre que celui qui préside à la formation des ovisacs, processus bien connu depuis les travaux de Valentin de Pflüger et de Vooldeyer ; en d'autres termes par un retour de certaines parties de l'ovaire à l'état embryonnaire. On voit de la paroi des vésicules déjà devenues kystiques se détacher un ou plusieurs bourgeons tubuleux (tubes de Pflüger), qui gagnent dans la substance de l'ovaire. Ces prolongements s'isolent de la vésicule originelle, s'acroissent ensuite individuellement et peuvent donner naissance à de nouveaux bourgeons. Tous ces prolongements s'étranglent de distance en distance, de manière à former une suite de cavités closes dont l'agglomération constitue la masse du kyste aréolaire. La paroi très mince de ces kystes est ordinairement tapissée par

un épithélium d'abord nucléaire qui devient ensuite prismatique. Très fréquemment ces cellules épithéliales sont chargées de granulations graisseuses ou sont creusées d'excavations, de vacuoles qui leur donnent un aspect caractéristique. Telle est l'origine et la nature de la paroi sécrétante.

Revenons sur les principaux caractères de ces deux sortes de liquides.

Parmi les liquides du premier groupe on en distingue une première variété étudiée par M. Papillon et qui est remarquable par la petite quantité de principes coagulables et cristallisables tenus en dissolution. Aussi ces liquides sont mobiles sans viscosité, clairs, incolores, d'une densité très faible 1006 (Méhu). Leur réaction est neutre ou légèrement alcaline. Parfois ils sont un peu troublés par des cellules épithéliales en suspension ou par des sympexions qui ont de 5 à 10 centièmes de millimètres, avec un contour net, assez régulièrement sphérique. Ces corps ont une consistance cireuse, s'écrasent facilement, ou éclatent d'espace en espace sur leur périphérie. Souvent ces liquides sont dépourvus de graisse, de fibrine et d'*albumine*, ou ils n'en contiennent qu'une petite quantité.

Dans le premier groupe correspondant aux kystes uniloculaires, nous trouvons une deuxième variété de liquides, plus ou moins filants, parfois de consistance oléagineuse ou sirupeuse, mais coulant encore facilement, moussant quand on les agite.

La coloration offerte par ces humeurs est assez différente suivant les cas ; tantôt d'une teinte jaune citrine à la première ponction, elles peuvent devenir rougeâtres par le mélange des hématies lors d'une seconde évacuation du kyste. On peut en rencontrer de troubles, grisâtres ou bien encore d'un ton chocolat ou de café torréfié. Leur réaction est alcaline, leur densité varie entre 1009 et 1018.

Soit en suspension, soit mieux encore dans le dépôt de ces humeurs obtenu par le repos, on trouve ordinairement des cellules épithéliales presque toujours pavimenteuses comme

celles qui tapissent la paroi du kyste ; isolées ces cellules prennent une forme sphérique et sont creusées habituellement de vacuoles qui les déforment et donnent à ces éléments l'aspect remarquable que nous avons déjà indiqué. Des leucocytes d'apparence normale ou devenus granuleux coexistent en plus ou moins grand nombre. Signalons encore des goutellettes de graisse et des cristaux de cholestérine qui déterminent une certaine opacité. Dans les humeurs présentant assez fréquemment une teinte brune, on distingue des hématies, qui n'étant plus en contact avec l'oxygène, sont devenues sphériques et framboisées. Lorsque les kystes sont plus anciens, le contenu est plus épais et d'une couleur de café torréfié dûe à la présence de grains d'hématosine agglomérés, la matière colorante se détruisant plus lentement que la matière azotée des globules rouges.

On conçoit que la composition chimique de ces divers liquides doit varier beauconp ; nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails que le sujet comporte, nous nous bornerons seulement à quelques indications.

L'action de la chaleur et de l'acide acétique de l'alcool produit un précipité abondant comme dans la sérosité de l'ascite ; ces moyen seront donc insuffisants pour distinguer les sérosités d'origine péritonéale et ovarique. Les principes coagulables ainsi obtenus seraient en grande partie formés d'un mélange de métalbumine et de paralbumine. Nous allons revenir sur ces deux substances.

Dans un tableau extrait d'un travail de M. Méhu, nous relevons, en abrégé, les résultats suivants :

Densité	Résidu sec total	Matière albumineuse	Matière minérales anhydres
	p. 1000	p. 1000	p. 1000
1,014 à..	42 à...	34,7 à. . .	8, 1 à. . .
1,020	59	51	8

Il nous reste à parler des liquides du 2e groupe fournis par des kystes multiloculaires.

Ils sont en général incolores ou grisâtres, tenaces et vis-

queux, semblables à du mucus demi-concret ; aussi n'est-il pas rare que leur écoulement par le trocart soit difficile lors de la ponction. Suivant la remarque de M. Méhu, on peut parfois soulever la masse entière avant qu'elle s'effile. Sous le miscroscope cette matière offre l'état strié du mucus demi-solide , elle est parsemée de plaques grisâtres et de granulations ; enfin, elle contient des cellules épithéliales, prismatiques ou pavimenteuses, souvent creusées d'escavations ou chargées de granules graisseuses.

M. Méhu a constaté que cette matière visqueuse avait une densité de 1,024 à 1,030 et fournissait un résidu sec total variant de 89 à 110 p. 1000 parties de liquide.

Les principes coagulables, très abondants dans ce résidu fixe, sont formés de deux matières albuminoïdes, comme nous l'avons déjà énoncé plus haut ; la métalbumine et la paralbumine. C'est à cette dernière que les liquides de ce groupe sont redevables de leur viscosité spéciale.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à M. Méhu les caractères communs et les caractères distinctifs de ces deux substances.

Précipitées par la chaleur et l'acide acétique ou par l'addition de quatre fois le volume d'alcool, la paralbumine et la métalbumine, séparées par filtration et séchées, sont susceptibles de se redissoudre dans l'eau pure, ce qui n'arrive pas avec l'albumine de l'œuf ou du sérum. Ce caractère leur est commun avec la mucine, mais celle-ci est précipitée par simple addition d'acide acétique.

D'autre part, le sulfate de magnésie précipite la métalbumine et ne précipite pas la paralbumine.

La paralbumine donne une solution visqueuse qui se laisse étirer en longs filaments ; la métalbumine donne une solution oléagineuse. La métalbumine des kystes ovariens est identique avec l'hydropisine (Robin), qu'on retrouve dans quelques sérosités de l'ascite. La séparation de la paralbumine et de la métalbumine ne parait pas avoir été effectuée d'une manière complète ; nous n'en connaissons pas exactement les propor-

tions relatives. Un dosage précis des sels d'origine minérale et des principes d'origine organique, cristallissables, reste également à faire. En épuisant par l'éther le résidu sec de l'évaporation de ces kystes, M. Méhu est parvenu à en extraire une petite quantité de matières grasses.—(*Gazette Médicale de Paris*, 28 *Mai* 1881.)

G. VARIOT.

A la dernière convocation du Sénat de l'Université Victoria, à Cobourg, en mai dernier, M. le docteur d'Orsonnens a été honoré du titre de Docteur ès-Lettres en même temps qu'il recevait le diplôme de Maître en Chirurgie.

Les anciens élèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal qui ont obtenu leur licence du Bureau Médical, avant l'affiliation de leur *Alma Mater* à l'Université Victoria, peuvent obtenir le diplôme de cette dernière en présentant une thèse à l'Ecole et payant les honoraires exigés dans cette circonstance.

DÉCÈS.

A Longue Pointe, le 4 de juillet, à l'âge de 32 ans et 5 mois, Marie-Jeanne-Bibiane Morin, épouse de E. E. Duquet, M. D.

Le même jour, Marie-Jeanne Ivonne, fille de E. E. Duquet, M. D., à l'âge de 10 jours.

—A Sainte-Anne de Bellevue, comté de Jacques-Cartier, le 9 juin 1881, à l'âge de trente-neuf ans et deux mois, Dame Marie-Luce Henriette Picanlt, épouse de Louis-Gustave Verneuil de Lorimier, M. D.

Son service a été chanté à Sainte-Anne de Bellevue, par le Bévérend G. Chevrefils, curé de l'endroit.

A l'issue du service le corps fût transporté à Montréal où il fût enterré dans le caveau de la famille.

Le concours nombreux d'amis qui s'est uni à la famille, pour accompagner le convoi jusqu'au cimetière, témoigne des regrets causés par cette mort prématurée et par le souvenir des qualités de la défunte. Puissent ces marques de sympathie et d'amitié apporter quelque soulagement à la douleur bien légitime de sa famille.

R. I. P.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. SEPTEMBRE et OCTOBRE 1881. Nos. 9 et 10

La lumière se fait enfin, et de plus en plus, sur la question universitaire.

Son Eminence le Cardinal Siméoni vient d'adresser à Sa Grâce Monseigneur l'archevêque de Québec, qui l'a fait publier dans toute la presse, un Décret daté de Rome, 13 septembre 1881. Ce Décret nous explique facilement maintenant la *prétendue victoire* de Laval annoncée par le télégramme du 21 septembre, et sur la foi duquel les amis de cette institution s'appuyaient pour l'assurer eux-mêmes au public.

Aussi, dans cette circonstance, le comité des citoyens jugea-t-il à propos d'envoyer aussitôt à Rome le télégramme suivant au révérend M. Dumesnil :

" *Laval chante victoire, est-ce vrai ?* "

M. de Montigny reçut la réponse suivante :

" *Avant plaidoirie, Pape avait dit, faut exécuter Décret* ; mais
" affaire reconsidérée, notre attitude non blâmée ; procédés
" Laval non justifiés ; questions Ecole, Bill, non décidées.
" Confiance, travaillons ferme."

Nous tenons à bien faire remarquer que ce Décret, transmis à Sa Grâce Mgr. l'archevêque de Québec, est en date du 13 septembre, tandis que le télégramme de M. Dumesnil porte celle du 29 du même mois.

M. Dumesnil disait donc vrai :

" *Avant plaidoirie*, Pape avait dit : " *faut exécuter Décret.*"
" Mais affaire reconsidérée, (ajoutait M. Dumesnil), notre
" attitude non blâmée; procédés Laval non justifiés; ques-
" tions Ecole, Bill, non décidées. Confiance, travaillons
" ferme."

Ces lignes prouvent donc avec la plus grande évidence que la question, qui semblait en effet de nouveau décidée en faveur de Laval, avant l'arrivée des délégués de Montréal à Rome, a été *reconsidérée* ensuite par les autorités romaines *qui ont permis une plaidoirie.* M. Trudel nous écrit à cette occasion que pour être en position de la faire, d'après les usages de la ville sainte, il a reçu le diplôme de Docteur de St. Pierre, et qu'il devait commencer à plaider le 26 septembre Tout cela démontre péremptoirement la véracité du reste de la dépêche de M. Dumesnil.

En effet, *si notre attitude était blâmée, les procédés de Laval justifiés, les questions de l'Ecole et du Bill décidées,* pourquoi y aurait-il ce procès à Rome, et pourquoi surtout ce diplôme de Docteur de St. Pierre aurait-il été délivré à l'Honorable M. Trudel expressément en conformité avec les usages dans ces circonstances ? Enfin si la question était alors terminée que voudraient donc dire les derniers mots de la dépêche de M. Dumesnil " *Confiance, travaillons ferme.*"

Mais, s'empressera-t-on de nous objecter, que vaut le télé gramme de M. Dumesnil, après celui de Son Em. le Cardinal Siméoni qui disait :

" *La nouvelle donnée par Dumesnil est dénuée de fondement.*"

Pour nous assurer si nous étions en lieu de pouvoir soulever cette grave objection, nous avons encore envoyé à Rome la dépêche télégraphique suivante :

Un télégramme de Son Em. le Cardinal Siméoni contredit celui du Révd M. Dumesnil.

M. Trudel nous répond le 12 octobre.

" *Vu Siméoni, connaissait pas TOUT télégramme* Dumesnil."

Nous nous abstiendrons de tout commentaire.

Mais chacun peut voir qu'on ne peut plus raisonnablement mettre en doute l'exactitude des renseignements donnés par M. Dumesnil.

Pour terminer, nous nous contenterons de faire remarquer que nous nous en sommes tenus seulement et strictement aux faits déjà publiés, mais les coordonnant à la suite les uns des autres, pour faciliter à un chacun les moyens de bien comprendre la situation.

Dès lors, il est donc clairement prouvé que, par son empressement à courir à Rome, Laval avait seulement réussi à obtenir un nouveau Décret *pour forcer l'exécution* de celui du 1er février 1876, mais qu'après l'arrivée des délégués de Montréal, ceux-ci ont pu amener le St. Siège à *reconsidérer* l'affaire, et que leur plaidoirie a commencé le 26 septembre.

Enfin pour nous résumer en quelques mots, la question est donc tout simplement redevenue ce qu'elle était le 1er février 1876 ! Ce qui le prouve, c'est la publication du Décret de cette date, après celui du 13 septembre *qui en ordonne l'exécution.*

C'est justement parce que Laval ne se conformait pas à ce Décret du 1er février 1876 que nous sommes allé à Rome, et que nous avons mis devant la S. Congrégation de la Propagande notre mémoire. Aussi dans de telles circonstances, permettre, à Rome, de plaider la cause de Montréal est un fait bien propre à nous donner les espérances les mieux fondées, ou que nous aurons bientôt cette université catholique, pour l'obtention de laquelle, nous travaillons depuis si longtemps, ou que le Décret du 1er février 1876, au moins *sera réellement exécuté.* En effet " adhuc sub judice lis est, et Roma locutura est."

Au reste et quoiqu'il arrive, nous demeurerons toujours les enfants soumis de l'Eglise.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS.

Un cas de version pelvienne spontanée.

Le 18 juillet dernier, après les dix heures du soir, j'étais appelé auprès de la femme A. V., âgée de 34 ans, mariée depuis huit années et se disant dans le huitième mois de sa dixième grossesse. Elle avait déjà eu trois enfants à terme et fait six fausses couches.

Les douleurs commencées le 13 à 6 A. M., duraient donc depuis six jours !

Le 15, à 8 heures P. M., son médecin lui avait donné deux poudres anodynes ; rappelé le lendemain (le 16, à 4½ A. M.,) il lui administrait une dose d'ergot, faisait la rupture des membranes, puis revenait une seconde fois à l'ergot. Resté auprès de la malade, il persista à vouloir l'accoucher, jusqu'à huit heures. L'enfant, qui avait donné des signes de vie jusqu'à ce moment, ne fit plus désormais aucun mouvement.

Après une absence de six heures, le médecin fut redemandé à 2 heures P. M., et la femme mise de nouveau sur le lit de douleurs............................

Enfin le médecin laissa la malade dans le même état à 4 heures P. M. et ne revint plus !

Les douleurs continuant toujours, la famille découragée se décida à régler son compte avec son médecin pour en appeler un autre. On vint chez moi.

A mon arrivée, l'utérus était fortement contracté et tétanisé sur le fœtus qui était déjà descendu et comme enclavé dans le petit bassin. Les bords de l'orifice utérin étaient minces et tendus, mais la dilatation, à peine de la grandeur d'une pièce de vingt sols, permettait tout au plus d'appliquer la pulpe de l'index sur la partie du fœtus qui se présentait. Je pus constater néanmoins la présence d'un membre, sans toutefois pouvoir déterminer lequel, l'introduction du doigt dans l'utérus étant tout à fait impossible.

Pendant que la famille me donnait les détails sur la marche de la maladie, les tranchées devenues tout à coup très-fortes et presque continuelles, la femme s'écria qu'il était sorti quelque chose par la vulve.

C'était un bras, le droit. J'avais affaire à une présentation du tronc en deuxième position de l'épaule droite. *Les eaux écoulées depuis trois jours*, la paroi utérine directement appliquée sur le fœtus lui enlevant sa mobilité, l'introduction de la main impossible pour tenter la version, que faire ?

Mais je suis aussitôt tiré d'inquiétude.

L'épaule devient plus saillante et se trouve poussée vers le centre du détroit, puis je vois apparaître et se dégager successivement à la vulve : d'abord la partie supérieure et latérale de la région thoracique, *et pendant que le membre procidé rentre dans l'utérus*, le flanc, la hanche et le siége. Pour la première fois, après plus de quarante ans de clientèle, je rencontrais, après bien des milliers d'accouchements, un cas de version spontanée !

L'enfant mort (un garçon), mesurait dix huit pouces de long ; il était aussi gros, au dire des parents, que ceux que la mère avait déjà mis au monde à terme. Je regrette n'avoir pu le peser et être incapable de donner les diamètres de sa tête et sa circonférence ; mais je suis porté à croire que sa naissance a eu lieu à peu près au temps fixé par la nature.

La mère est aujourd'hui en parfaite santé.

Seulement si ces tentatives d'accouchement tout à fait intempestives n'avaient pas eu lieu, cette rupture si prématurée des membranes, cette administration d'ergot, lorsqu'il n'y avait encore aucune dilatation de l'orifice utérin, que la présentation ne pouvait être reconnue, et si on avait attendu la dilatation du col, l'enfant n'aurait probablement pas succombé et aurait pu être sauvé par la version, ou du moins recevoir à temps le baptême.

Deplus, sans le bonheur de cette version spontanée, la mère aussi serait probablement morte, car il était impossible de tenter de faire la version à mon arrivée auprès de la malade, et il ne restait plus que l'embryotomie pour toute ressource, l'embryotomie ! dont la proportion générale de la mortalité s'élève à 65 pour 100 ! ! !

Réduit à cette extrémité, j'aurais préféré le procédé de Posta.

Il fait tendre et relever le bras procidé, s'en sert comme d'un guide pour parvenir au creux axillaire. Il fait sur ce point, au moyen d'un bistouri convenablement disposé, une incision de deux ou trois travers de doigts, puis, par cette ouverture, il introduit des pinces et enlève les organes thoraciques et abdominaux. Enfin il termine l'opération par une version : le volume du tronc est assez diminué pour qu'elle soit possible.

Je ne veux pas terminer sans faire remarquer la longueur du temps écoulé depuis la rupture des membranes jusqu'au moment de la version spontanée, trois jours ! Joulin dit que cette dernière se produit surtout avant et est encore possible immédiatement après la rupture de la poche des eaux, il comprend difficilement qu'elle puisse avoir lieu beaucoup plus tard, lorsque la paroi utérine directement appliquée sur le fœtus lui enlève sa mobilité. Il cite néanmoins l'observation de Velpeau qui a été témoin d'une version spontanée survenue sept heures après la rupture des membranes. Le cas que je rapporte prouve qu'elle peut encore avoir lieu après un laps de temps plus long. Deplus que Joulin n'avait pas raison de se refuser à ajouter foi à l'observation de Cazeaux, lorsqu'il a admis que, dans ce cas, le membre procidé pouvait rentrer dans l'utérus lorsque le siége s'abaisse.

Cette observation doit profiter aux jeunes médecins et les mettre en garde contre l'abus de toutes ces manœuvres intempestives, *et surtout de celui de l'ergot*, qui est si commun, et fait périr tant d'enfants in utero par l'interruption de la circulation placentaine. Ils ne doivent pas oublier que, dans une mauvaise présentation, l'effet de ce remède peut rendre impossible la version, causer la rupture de l'utérus. L'ergot d'ailleurs est un poison ; dans une consultation, j'ai vu pendant une couche une femme succomber à ses effets toxiques et je pense qu'il peut en être quelquefois ainsi pour l'enfant.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS.

MÉDECINE.

De la dissolution des fausses membranes de l'angine couenneuse par les applications locales de papaïne.

(Note de M. E. Bouchut.)

J'ai montré, depuis 1877, dans mes cours de clinique à l'hôpital et dans mes publications du *Paris médical*, quelle était l'action dissolvante et peptonisante de la papaïne sur la fibrine humide, à l'étuve ; sur les helminthes, tænias, ascarides et trichines ; sur les fausses membranes du croup extraites par la trachéotomie. Ces expériences ont été l'objet d'une communication à l'Académie, faite au nom de M. Wurtz et au mien, dans le mois d'août 1879.

Voici le passage relatif à la dissolution des fausses membranes du croup et de la dipththérie :

Une autre application, dans mon service, a été la digestion rapide des fausses membranes du croup extraites par la trachéotomie et des helminthes, tels que tænias et lombrics. rendus par les malades.

Une fausse membrane de la trachée, épaisse, résistante, élastique, mise dans un tube à expérience avec une solution de suc de papaya au tiers, se dissout à froid en quelquelques heures, et en quelques minutes si l'on chauffe légèrement le tube sur la lampe à alcool.

En 1877, 1878 et 1879, l'expérience a été faite à ma clinique devant de nombreux assistants.

Depuis lors, ces études ont été poursuivies sur un grand nombre de malades. Elles ont démontré qu'on pouvait espérer d'obtenir par les applications de papaïne la dissolution et la digestion sur place des fausses membranes de la dipththérite.

Ce n'est sans doute pas la même chose de badigeonner avec la papaïne cette pellicule de fibrine adhérente sur les amygdales que de la faire tremper dans une solution mise à l'étuve et dans un verre. Mais la papaïne a des propriétés parti-

culières communiquées par M. Wurtz à l'Académie dans la séance du 20 novembre 1880. Il lui a suffi de toucher et d'imprégner un instant la fibrine humide pour que celle-ci, lavée ensuite à grande eau pendant plusieurs heures, conserve la faculté de se dissoudre et de se transformer en peptone. C'est sur cette propriété fort extraordinaire que se base l'application de la papaïne au traitement de l'angine couenneuse et de la diphthérite cutanée.

L'expérience semble défectueuse et elle l'est en réalité, puisque sur les malades on n'imprègne la pellicule membraneuse que par le côté extérieur et non par la face interne ; mais même dans ces conditions défavorables elle réussit.

L'application doit être renouvelée à plusieurs reprises, toutes les deux heures environ, et l'on voit les fausses membranes s'amincir lentement, se désagréger et disparaître définitivement au bout de trois, quatre ou cinq jours. Les fausses-membranes ne fondent pas comme lorsqu'on les met baigner dans un verre à l'étuve, mais elles sont manifestement attaquées et se dissolvent graduellement.

Cela m'a paru suffisant pour encourager de nouvelles tentatives, et, comme les cas sont toujours malheureusement très nombreux, j'ai pu soumettre indistinctement et sans choix tous ceux qui se sont présentés à moi dans ma pratique et à l'hôpital.

Dans le commencement de mes études, j'ai ainsi traité trente-deux cas, enfants ou adultes, et n'ai eu que quatre morts. Un des malades guéris avait en même temps une diphthérite cutanée, très épaisse, du conduit auditif et un autre une conjonctive pseudo-membraneuse. Ces deux cas ont été des plus remarquables par la rapidité de la dissolution des fausses membranes.

Il m'a semblé que, théoriquement et pratiquement, ces faits étaient dignes d'être présentés à l'Académie, qui a déjà reçu nos communications précédentes sur la papaïne.

—*Gazette médicale de Paris*, 2 juillet 1881.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Du traitement des néphrites en général par M. Labadie Lagrave, médecin du bureau central. (1).

Les lésions rénales qu'on rencontre dans les différentes formes de néphrite échappent à nos moyens de traitement. Ainsi nous ne connaissons pas de remède capable d'enrayer la néphrite aiguë dans sa marche. Cette maladie évolue avec une assez grande rapidité et il est généralement admis que lorsqu'elle ne tue pas, elle tend vers la guérison spontanée, à la réparation des lésions rénales. Quant aux différentes formes de néphrite chronique, elles sont susceptibles d'être amendées et prolongées, grâce, non point aux médications dirigées contre les lésions rénales elles-mêmes, mais aux mesures diététiques et hygiéniques qui suppriment ou atténuent la cause supposée de la maladie ; grâce aussi à la répression des accidents qui menacent directement la vie du malade et qui sont la conséquence plus ou moins prochaine de la néphrite. L'intervention du médecin dans les cas de néphrite se trouve donc limitée à des mesures de prophylaxie et un traitement symptomatique.

De plus, la nature des fonctions de l'organe lésé impose au médecin la plus grande réserve dans le choix des médicaments à diriger contre tel ou tel ordre de symptômes. Le rein est, en effet, l'organe d'élimination par excellence. La plupart des substances médicamenteuses introduites dans notre organisme sont éliminées, en partie ou en totalité, par la voie du filtre rénal. Toute substance capable d'irriter les éléments anatomiques du rein, à son passage à travers cet organe, doit donc être sévèrement proscrite du traitement des néphrites.

Un autre danger réside dans les entraves créées par la lésion rénale à l'élimination des substances médicamenteuses incorporées. Ce danger est à craindre surtout avec les médi-

(1) Extrait du Nouveau dictionnaire de médecine, article *Reins*.

caments qui, dans les circonstances physiologiques, s'éliminent avec une extrême rapidité par les urines. Dans les cas de néphrite, l'emploi de ces médicaments doit faire redouter des effets cumulatifs qui font défaut dans toute autre maladie.

De tout cela il résulte que dans le traitement des néphrites le médecin doit se préoccuper au moins autant de ce qu'il ne doit pas faire, de ce qui peut être pernicieux au malade, que des moyens à opposer aux accidents engendrés par la lésion rénale. Impuissant à lutter contre cette dernière il devra s'inspirer, dans le choix des remèdes, de l'adage bien connu, *primum non nocere*, qui trouve ici son application plus que dans toute circonstance. C'est donc par les médications dangereuses que nous allons débuter dans ces considérations générales sur le traitement des néphrites.

1. *Médications dangereuses.* — En tête de ces médications nous placerons, la médication révulsive, qui a la prétention de détourner les inflammations profondes vers le tégument externe, à l'aide d'une révulsion opérée sur la peau. Or les agents habituellement employés pour obtenir la révulsion figurent parmi les irritants par excellence du parenchyme rénal ; nous voulons parler de la cantharide employée sous forme de vésicatoire, de l'essence de moutarde sous forme de sinapismes. Des expériences que nous ferons connaître en traitant de la néphrite aiguë démontrent que l'incorporation de la cantharide sous la peau d'un animal est un moyen infaillible de développer, chez lui, une néphrite parenchymateuse. Que penser dès lors de l'emploi des vésicatoires, tant prôné dans le traitement de la néphrite aiguë à l'époque où, sous l'influence de la doctrine de Brousais, on ne voyait partout qu'inflammation à juguler ? Aujourd'hui presque tous les médecins s'accordent à considérer comme dangereux l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la néphrite aiguë ; mais il n'en est pas de même pour les formes chroniques. Ainsi, dans le dernier fascicule de ses leçons de clinique de thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz déclare que

" la cantharide si dangereuse dans les phlegmasies récentes (du rein), présente moins de danger lorsque vous avez affaire à des lésions rénales anciennes. On a même proposé l'emploi de la cantharide à l'intérieur pour la cure de ces néphrites chroniques. On espérait stimuler ainsi les fonctions du rein et donner une activité passagère à ces émonctoires ; sans approuver cette médication, que je crois toujours dangereuse et souvent inefficace, je pense cependant que dans les périodes avancées de la maladie de Bright, on peut, sans trop d'inconvénient user des vésicatoires à la cantharide sur la région des reins. "

En admettant qu'une telle pratique fût réellement inoffensive, elle ne nous semble répondre à aucune indication précise. Mais nous ne craignons pas de le déclarer hautement, l'emploi du vésicatoire est une pratique pernicieuse, condamnable dans toute forme du mal de Bright. Prenons, par exemple, un malade atteint de la forme de néphrite qu'on est convenu d'appeler néphrite interstitielle chronique, qui reste latente pendant des années, qui évolue ensuite avec une bénignité relative jusqu'à l'époque des accidents ultimes ; prenons ce malade à la phase initiale. Que pour une dyspnée subite attribuable à l'urémie, ou pour toute autre cause, on lui applique un vésicatoire de moyenne dimension, la polyurie qui, cela est bien reconnu, est la sauvegarde de ce malade fera place à l'oligurie ; les urines, en même temps que rares, deviennent plus foncées en couleur, quelquefois sanguinolentes fortement sédimenteuses ; et l'oppression du malade ne fait qu'augmenter, il s'y joint de l'agitation nerveuse, même des accidents plus graves. Sans doute cet orage n'est que passager ; mais cette aggravation des symptômes n'a-t-elle pas eu sa cause dans une aggravation de la lésion rénale ?

Ce que nous disons des vésicatoires pourait s'appliquer, dans une moindre mesure il est vrai, au sinapisme, et peut être aussi aux applications de teinture d'iode : témoins les faits publiés par notre excellent collègue M. J. Simon, qui démontrent que chez les enfants des badigeonnages de tein-

ture d'iode répétés pendant plusieurs jours peuvent suffire à développer de l'albuminurie. Cette restriction n'est point applicable à l'administration interne de l'iode et des iodures auxquels on a attribué, non sans raison, une influence salutaire sur l'évolution des lésions rénales.

La fuchsine qui passe aux yeux de quelques médecins pour diminuer l'albuminurie dans la maladie de Bright, et la nitro-glycérine, vantée par Mago-Robson contre la dyspnée urémique sont des substances toxiques dont l'efficacité est trop sujette à caution pour pouvoir compenser les inconvénients auxquels expose leur emploi dans la pratique médicale.

Puis viennent les médicaments dont l'emploi, avons-nous dit, est entouré de dangers, chez les brightiques, par suite des entraves que les lésions rénales créent aux échanges de l'organisme avec le dehors.

Il y a bien des années que Hahn signalait pour la première fois comme un symptôme de l'albuminurie l'imperméabilité des reins aux substances odorantes ; à ce propos il citait l'observation reproduite dans le *Traité de la goutte* de Guilbert (1820), d'un goutteux qui prit pendant longtemps de la térébenthine à l'intérieur, sans que ses urines eussent l'odeur de la violette. Rayer, dans son admirable *Traité des maladies des reins*, relate un fait du même genre. M. Corlieu en a communiqué un autre à la Société de médecine pratique (1856). Un peu plus tard, M. de Bauvais, dans une communication à l'Académie de médecine (1858), concluait de ses recherches que le défaut d'élimination des substances odorantes est un signe exclusif, pathognomonique de la maladie de Bright.

Vers la même époque Todd (1857), publiait un cas d'empoisonnement survenu chez un goutteux après l'administration d'une faible dose de poudre de Dover. Todd n'hésita pas à mettre sur le compte de la lésion rénale cette susceptibilité insolite du malade à l'égard de la préparation opiacée. Après lui, M. Cornil a mentionné en qnelques mots un exemple d'intolérance pour l'opium chez un brightique, ce qui fournit à Charcot l'occasion de déclarer qu'à maintes reprises il avait

été témoin de faits semblables. Roberts, Duckwarth ont également parlé de la susceptibilité pour certains médicaments que développent chez les brightiques les lésions rénales. Dickinson a surtout insisté sur l'intolérance que manifestent ces malades pour l'opium. Enfin M. Bouchard, à propos de deux cas de mort provoquée par un traitement mercuriel chez des sujets à l'autopsie desquels on trouva des lésions rénales graves, a mis en lumière, pour la première fois dans ses Leçons de la Charité (1873), les dangers que présentent l'emploi de certains médicaments dans les cas de lésions rénales. Dans une communication ultérieure à la Société de biologie (1826), M. Bouchard a insisté judicieusement sur les particularités que présente l'élimination des alcaloïdes dans les maladies des reins.

Cette question du danger de certains médicaments dans les cas de lésions rénales a été exposée depuis, avec le plus grand soin, par un élève de M. Bouchard, M. Chauvet (de Lyon). Dans sa thèse inaugurale il a étudié successivement, à ce point de vue spécial, le sulfate de quinine, le bromure et l'iodure de potassium, le mercure, l'acide salicylique, l'opium et l'atropine.

Les faits réunis par E. Chauvet démontrent de la façon la plus évidente que, chez les brightiques, non seulement la durée de l'élimination du *sulfate de quinine* est prolongée, mais que la quantité de cette substance retrouvée dans l'urine est bien inférieure à celle que l'on constate chez un sujet sain. Deux observations démontrent que le délai nécessaire à l'élimination du *bromure de potassium* par les urines est également accru dans une proportion notable par le fait d'une lésion rénale. Il en est encore ainsi pour l'*iodure de potassium.*

Déjà Robert dans son traité pratique des maladies des reins et des voies urinaires (1868) avait rapporté un cas d'intoxication survenue chez un brightique à la suite de l'incorporation de très faibles doses de *mercure.* Deux faits de même nature observés depuis par M. Bouchard ont été, nous l'avons

dit, une occasion pour le jeune et savant professeur d'attirer l'attention de ses confrères sur la susceptibilité des brightiques pour certains médicaments. Dans l'une de ces observations il s'agissait d'un malade de trente sept ans, affecté de lichen syphilitique avec iritis, et qui depuis quatre mois était sous le coup d'une prostration profonde avec pâleur de la face, œdème des paupières et des malléoles. Pourtant les urines ne renfermaient pas d'albumine. Pendant six jours le malade prit de la liqueur de Van Swieten à la dose quotidienne de deux cuillerées. Pendant quatre autre jours le traitement spécifique fut suspendu. Puis, pendant les trois jours qui suivirent, on lui fit des frictions mercurielles (4 grammes chaque fois). Une stomatite s'était développée avec des allures tellement graves qu'on dût suspendre les frictions. L'urine renfermait des traces d'albuminurie ; sept jours après, le malade succombait dans le coma. A l'autopsie on trouva les lésions du petit rein granuleux doublées d'une congestion des pyramydes de date récente.

Dans la seconde observation, il est question d'une jeune femme qui entra dans le service de M. Bouchard pour une stomatite mercurielle très intense ; et pourtant elle n'avait pris aucune préparation hydrargyrique, et rien ne pouvait faire penser à une intoxication professionnelle. La seule explication qu'on pût trouver de sa stomatite, c'était que la veille elle était venue à la consultation gratuite pour des ulcérations siégeant sur la vulve, et elle avait été cautérisée au nitrate acide de mercure. Cette malade, qui était enceinte avorta et mourut. A l'autopsie on trouva les lésions du gros rein blanc (néphrite pérenchymateuse chronique)

II. *Prophylaxie.* — La classification étiologique que nous avons donnée des néphrites nous servira de guide dans l'exposé de la prophylaxie de ces maladies. Dans un premier groupe de néphrites, nous avons rangé celles qui sont attribuables à l'élimination par les reins d'un principe infectieux organisé ou de quelque substance toxique.

Pouvons-nous, dans un cas de maladie infectieuse comme

la scarlatine, la diphthérie, prévenir par un moyen quelconque l'éclosion d'une complication néphritique ? Nous ne connaissons pas de moyens internes capables de produire ce résnltat. Les agents antiseptiques, l'acide phénique en particulier, sont dangereux plutôt qu'utiles, par suite de l'irritation qu'ils exercent sur les reins. D'autre part, des faits irrécusables démontrent que chez des scarlatineux, par exemple, la néphrite s'est développée dans le décours de la fièvre éruptive, quoique les malades fussent tenus au lit, à l'abri de tout refroidissement, de tout écart de régime. et entourés des soins les mieux entendus. On peut en dire autant des autres maladies supposées parasitaires, telles que la diphthérie, la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre récurrente, etc. Est-ce à dire qu'il n'y ait nul avantage à soustraire les malades atteints d'une affection de cette nature à l'action du froid et d'une hygiène défectueuse ? Non certes, ce sont là des circonstantes adjuvantes ou prédisposantes qu'il y a tout intérêt à mettre hors de cause.

A côté de cette néphrite septique, complication d'une fièvre infectieuse, nous avons placé la néphrite qui survient dans le cours des maladies chroniques donnant lieu à des suppurations profuses, en particulier à des suppurations osseuses avec communication entre le foyer purulent et l'air extérieur. En pareille concurrence, on peut voir se développer la dégénérescence amyloïde du rein ou la néphrite parenchymateuse, ou les deux lésions simultanément. Tarir la source du pus est la première indication à remplir pour prévenir ces complications rénales et pour les enrayer dans leur marche lorsqu'elles sont déjà développées.

Nous avons ensuite les *néphrites toxiques*, les unes d'origine médicamenteuse, dont il a déjà été question, les autres épiphénomènes d'une intoxication professionnelle comme le saturnisme, ou l'alcoolisme. Ici la prophylaxie qui paraît devoir être toute puissante n'a en réalité qu'un rôle purement platonique, car il n'est pas plus facile de déraciner l'alcoolisme qu'il serait pratique de décréter l'abolition de certaines

professions que nous avons en vue dans ces lignes. Mais il semble très naturel d'admettre qu'en soumettant les ouvriers à une hygiène sévère et bien comprise, à de grands soins de propreté, à l'usage habituel des bains sulfureux, de mixtures sulfureuses (crême de tartre et soufre) qui ont le double avantage d'entretenir la liberté du ventre et de neutraliser une partie du plomb introduit dans l'organisme, on arrive à restreindre les ravages du toxique en général et, par conséquent son action nocive sur les reins. Force est de reconnaître toutefois que ce sont là de simples présomptions.

La prophylaxie est tout aussi impuissante à prévenir la *néphrite à frigore* et celle qui succéde aux *brûlures graves*, car ce sont des recommandations essentiellement banales que celles qui consistent à conseiller dans un traité de pathologie l'éloignement d'influences pernicieuses qui surprennent l'individu sans qu'il ait le pouvoir de s'y soustraire. On pourra, quand l'occasion s'en présente, proscrire, au point de vue des fonctions rénales en particulier, l'habitation d'appartements humides. Mais, le plus souvent, de telles recommandations s'adressent à des gens qui n'ont pas les moyens de les mettre à profit.

Restent les *néphrites consécutives aux affections des voies urinaires inférieures*. Les données étiologiques que nous avons fait connaître à ce sujet sont la source d'indications formelles dans le traitement des inflammations suppuratives des voies d'excrétion de l'urine, qui s'accompagnent ou non d'une entrave à la miction. Il y a urgence à tarir ces suppurations, pour empêcher le processus inflammatoire de remonter jusqu'au bassinet et aux reins, et cette recommandation s'applique à la blennorrhagie invétérée. Il est nécessaire aussi de recourir aux lavages intérieurs destinés à prévenir la décomposition du pus et de l'urine et l'irritation qui en pourrait résulter pour le parenchyme rénal. C'est aussi l'une des raisons pressantes de rétablir le cours normal des urines dans le cas où, pour une cause ou une autre, l'excrétion de ce liquide est, nous ne dirons pas supprimée, mais simplement entravée à un degré appréciable.

Quant à la *néphrite gravidique*, attribuée dans ces derniers temps à la compression des uretères par l'utérus gravide, nous établirons dans un prochain paragraphe qu'elle guérit dans la plupart des cas, spontanément, lorsque la cause qui l'engendre cesse de se faire sentir, c'est-à-dire avec le dénouement normal de la gestation. L'indication d'interrompre le cours de la grossesse ne se pose à l'esprit du médecin que lorsque la néphrite gravidique provoque des accidents qui mettent en danger immédiat la vie de la femme.

III. *Traitement des symptômes.* — 1o. *Oligurie. Anurie.* — Chez les brightiques, l'état de la fonction urinaire doit occuper la première place dans la sollicitude du médecin. D'une façon générale, on peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité d'une néphrite est à un moment donné en raison inverse de l'abondance des urines. C'est quand la sécrétion urinaire devient languissante jusqu'à tarir complètement que les accidents urémiques les plus graves, les convulsions et le coma sont imminents. Les autres troubles urémiques, les vomissements, la diarrhée, la dyspnée, la migraine, etc., attribuées à une dépuration insuffisante du sang, sont également sous la dépendance étroite de l'activité de la diurèse.

Il faut donc stimuler la sécrétion urinaire.

Mais à quels diurétiques s'adresser ? Nous éliminerons tout d'abord ceux qui irritent les éléments sécréteurs du rein, comme la scille, les sels de potasse, ces derniers ayant, en outre, le grave inconvénient de débiliter le cœur.

L'emploi de la digitale est contre-indiqué dans le traitement de la *néphrite aiguë* par les dangers que font craindre les effets cumulatifs du médicament, dans un cas où l'obstacle à l'écoulement de l'urine réside dans le rein lui-même, dont les canaux sont obstrués, et non dans une insuffisance de l'activité cardiaque. Or, c'est pour combattre ce dernier élément que la digitale trouve surtout son indication. D'ailleurs, l'administration de ce médicament ne pourrait jamais être que passagère, car elle provoque très vite des troubles

digestifs tels que l'anorexie, des nausées, des vomissements, qui préexistent déjà dans la néphrite aiguë.

On peut en dire autant de la *néphrite chronique dite parenchymateuse*, lorsque la diurèse se maintient bien au-dessous de son niveau physiologique. La digitale sera indiquée tout au plus dans la *néphrite chronique dite interstitielle* (petit rein atrophique), dans les phases initiales de la maladie, lorsque la polyurie, qui est de règle, vient à se restreindre accidentellement sans qu'il y ait des raisons de soupçonner un état graisseux du myocarde.

On a vanté comme diurétiques inoffensifs, dans les cas de néphrite, toutes sortes de tisanes dont l'efficacité nous semble assez douteuse. Le mieux est évidemment de s'en tenir au diurétique par excellence, au lait, qui est à la fois un stimulant des fonctions rénales et un aliment d'une grande valeur nutritive, parfaitement adapté à l'état des organes digestifs chez les brightiques. Aussi ne craignons-nous pas de recommander le régime lacté à l'exclusion de tout autre diurétique, contre l'oligurie et l'anurie dans les néphrites. Des faits précis nous ont même donné la conviction que, dans la néphrite chronique avec polyurie, l'usage quotidien du lait à doses variables, suivant la tolérance de l'estomac, contribue puissamment à retarder l'explosion des accidents qui marquent le début de la phase ultime, de la période grave de cette forme de néphrite.

2. *Albuminurie.* — Dans la pathogénie de l'albuminurie, nous avons fait intervenir trois éléments principaux : l'abaissement de la pression intra-artérielle et le ralentissement du cours du sang dans les reins, la perméabilité anormale de la paroi vasculaire et l'altération de l'épithélium rénal.

Nous avons déjà dit que nous ne connaissons pas de moyen direct de modifier la lésion rénale ; mais l'observation clinique nous démontre que le repos physique, la chaleur du lit, l'hivernage dans une station du midi, sous un climat doux exercent une influence des plus salutaires sur l'évolution de la maladie de Bright, surtout dans la forme chronique qui est

accompagnée d'hydropisies abondantes. Des cliniciens comme Bartels ont reconnu que le repos au lit et le contact incessant de la peau avec une douce chaleur est un des plus sûrs moyens de combattre l'albuminurie. Le régime lacté contribue au même résultat, sans doute, en soustrayant au système vasculaire son trop plein de liquide, de façon à rétablir l'équilibre entre la pression veineuse et la pression artérielle au profit de cette dernière. On a vanté encore, pour combattre l'albuminurie, les tanniques, dont on ne s'explique l'efficacité (si tant est qu'elle existe) que par une action astringeante sur la paroi vasculaire. De toutes les préparations tanniques, le quinquina sous toutes ses formes et en particulier sous forme de décoction est celle qui convient le mieux dans les cas de maladies de Bright, pour des raison faciles à saisir. Notre excellent maître, M. G. Sée, a l'habitude de prescrire dans le traitement de la néphrite chronique le tartrate de fer en sirop qui agirait également comme modificateur de la paroi vasculaire et dont il affirme avoir obtenu de bons résultats. Tout récemment on a vanté les inhalations d'oxygène comme un puissant moyen d'obtenir la suppression transitoire de l'albuminurie.

3. *Œdèmes, hydropisies.* — L'œdème, dans la maladie de Bright, ne peut être attribué qu'à une rétention de l'eau du sang par suite de son élimination insuffisante par la voie des urines, ou à une perméabilité anormale des vaisseaux cutanés et nous avons dit que l'intervention simultanée de ces deux éléments est chose fort probable. On comprend dès lors que la stimulation des fonctions rénales languissantes, obtenue grâce à l'emploi du régime lacté, est un puissant moyen de combattre l'œdème brightique.

Quand cet œdème est généralisé et en même temps tenace, on a proposé d'appuyer l'action des diurétiques en stimulant du même coup l'activité fonctionnelle de la peau. C'est ainsi qne les bains de vapeur figurent parmi les moyens habituels de traitement de la néphrite aiguë avec anarsarque, que le traitement hydro-thermal, sous forme de bains très chauds

et prolongés, a été vanté par des cliniciens de premier ordre par Bartels entre autres, pour combattre l'œdème cutané aussi bien dans la néphrite chronique dite parenchymateuse que dans la néphrite aiguë.

Dans ces derniers temps, on a expérimenté dans les mêmes circonstances le jaborandi et son alcaloïde la pilocarpine. Le jaborandi a donné, entre les mains de Gubler, des résultats peu satisfaisants. Quant à la pilocarpine, des faits ont été publiés à l'étranger, entre autres par Rienzi (de Gênes), par Costa (de Rio de Janeiro), qui plaident en faveur de l'efficacité de ce médicament dans le traitement de la néphrite parenchimateuse. Il nous est impossible de donner une appréciation personnelle sur la valeur de ces faits. Notre excellent collègue et ami, M. Huchard, a obtenu des succès remarquables dans le traitement de la polyurie azoturique, à l'aide d'injections hypodermiques d'un centigramme de nitrate de pilocarpine pratiquées tous les jours pendant une ou deux semaines. Nous avons nous-mêmes obtenu de bons résultats de ce médicament dans des cas analogues ; mais il s'est montré bien souvent infidèle dans nos mains contre les hydropisies liées au mal de Bright.

A côté des diurétiques et des diaphorétiques, les *purgatifs drastiques* seront employés avec avantage contre les œdèmes brightiques. En faisant pleuvoir la sérosité du sang à la surface de l'intestin, ces médicaments combattent avantageusement la pléthore vasculaire engendrée par l'insuffisance de l'excrétion urinaire. On leur attribue en outre une action révulsive qui n'est nullement démontrée.

Nous ne voyons pas, par exemple, pour quelles raisons M. Dujardin-Beaumetz, après avoir reconnu que les purgations, dans les cas d'urémie créent une voie supplémentaire aux matières extractives de l'urine, ajoute que la médication purgative s'adressera à la néphrite interstitielle plutôt qu'à la néphrite parenchymateuse !

4. *Vomissements.* —Les vomissements dits urémiques, attribués à une rétention dans le sang des principes excrémenti-

tiels et à leur élimination par la muqueuse stomacale sont justiciables, avant tout, d'un traitement dirigé contre l'insuffisance de l'excrétion urinaire. Le lait à hautes doses, que nous avons vanté comme le meilleur des diurétiques et qui est aussi un sédatif de l'estomac, conviendra à tous égards pour atteindre ce but. Nous ferons remarquer que quand les vomissements sont exclusivement aqueux il peut y avoir inconvénient à les supprimer, par le fait qu'ils ouvrent une voie collatérale à l'élimination des produits de désassimilation de l'organisme, dont la rétention dans le sang constitue cet état toxémique connu sous le nom d'urémie. En fermant cette voie supplémentaire, on s'expose à favoriser l'explosion d'accidents plus graves.

Il n'en est plus de même lorsque les vomissements sont alimentaires. Alors il est indispensable de les combattre chez des malades qui sont sous le coup de tant d'autres causes de dénutrition. On essayera de calmer l'irritabilité morbide de l'estomac, en prescrivant aux malades des boissons gazeuses, de la glace, en menus fragments, du champagne, des vins généreux ; en cas d'intolérance absolue de l'estomac, il faudra supprimer tout autre aliment que le lait.

5. *Dyspnée.* — La dyspnée urémique, quand sa nature est méconnue, lorsqu'elle est attribuée, par exemple, à une lésion pulmonaire, expose le médecin aux méprises les plus regrettables. Un malade étouffe ; à l'auscultation on perçoit des râles humides aux deux bases ; quelquefois la percussion dénote l'existence d'un épanchement pleural. Mais tout signe stéthoscopique peut faire défaut. Dans l'un et l'autre cas, plus d'un médecin ne croira mieux faire, pour combattre la dyspnée, que d'appliquer sur le thorax du malade un large vésicatoire, ou encore de lui administrer de la morphine, dont on a exalté dans ces derniers temps les vertus anti dyspnéiques sous forme de potion ou par la voie hypodermique. Or nous avons insisté précédemment sur les dangers que font courir aux brightiques des interventions de cette nature.

6. *Accidents nerveux.* — Les accidents nerveux d'origine

urémique, qui réclament surtout l'attention du médecin, sont la migraine, les convulsions, le coma.

La migraine, chez les brightiques, résiste aux traitements réputés efficaces contre cette névralgie dans toute autre circonstance. Lorsque son origine urémique sera reconnue, c'est au traitement général dirigé contre les troubles de l'excrétion urinaire qu'il en faudra demander la guérison.

Contre les convulsions urémiques on a vanté la *saignée*. Nous n'approuvons cette pratique que lorsqu'elle s'adresse à un sujet atteint de la forme interstitielle de la néphrite chronique, qui conserve encore une forte dose de vigueur, qui n'est pas, en un mot, miné par des pertes abondantes et prolongées d'albumine. Nous préférons, d'une façon générale, l'emploi des inhalations de chloroforme, dont l'efficacité contre l'éclampsie brightique n'est pas contestable et qui agiraient, de l'avis de Taube, en faisant tomber l'élévation de la pression intra-vasculaire, cause prochaine des convulsions urémiques. Dans ces circonstances, l'hydrate de chloral, administré en lavements à la dose d'un ou deux grammes, associé au bromure de potassium et mélangé à une faible quantité de mucilage de gomme nous a rendu souvent des services. Ce moyen a paru, notamment dans deux cas d'éclampsie urémique, arrêter complètement les accès convulsifs et favoriser la guérison de nos deux malades.

Contre le coma nous sommes à peu près impuissants, et il serait tout aussi imprudent d'avoir recours chez les brightiques, à des révulsifs cutanés qu'à l'administration interne des diurétiques ou des substances pui passent pour exciter les centres nerveux.

Nous conseillerions, en pareil cas, de recourir à deux agents qui nous ont permis, à plusieurs reprises, sinon d'enrayer complètement les accidents urémiques, du moins de prolonger la vie de nos malades en retardant l'issue fatale. Au premier rang nous placerons les injections sous-cutanées d'éther à la dose d'une demi-seringue de Pravaz, renouvelées toutes les heures jusqu'à la disparition du coma. En

second lieu, dès que le malade est, grâce à ce moyen, réveillé de sa torpeur, nous faisons inhaler, toutes les trois heures, six à huit litres d'oxygène, en ayant soin de lui administrer concurremment vingt centigrammes de caféine dans une infusion de thé et de café. La caféine ne s'adresse pas seulement à la torpeur cérébrale, qu'elle dissipe, mais en activant la diurèse, elle peut favoriser l'élimination des principes excrémentitiels qui surchargent le sang et prévenir de la sorte les dangers immédiats de l'intoxication urémique. En présence des accidents souvent si rapides, qu'entraîne cette complication, aussi redoutable que fréquente, le médecin ne saurait rester désarmé. Quelque fragiles et impuissants que soient les moyens de défense contre l'ennemi qui le menace, la lutte est un devoir, car l'inaction augmente le danger et aggrave la faute.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le naphtol. Un nouveau médicament pour le traitement de certaines affections cutanées, par le professeur Kaposi (de Vienne) (2).

Avant d'exposer les avantages qu'il a tirés de l'emploi du naphtol dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses, l'auteur explique par quelle voie il a été amené à recourir à ce médicament nouveau.

L'efficacité du goudron contre certaines manifestations morbides du côté de la peau n'est pas contestable. Le goudron en application topique, combat admirablement les états sub-inflammatoires de la couche papillaire du derme, en faisant contracter les vaisseaux frappés de dilatation paralytique. C'est ainsi que dans les cas d'eczéma, de psoriasis, il fait disparaître l'hyperémie cutanée, la prolifération et la desquamation de l'épiderme qui en sont la conséquence; le goudron

(2) Wiener med. Wochenschrift, numéros 22, 23 et 24, 1881.

calme également les démangeaisons, complication fréquente de ces accidents cutanés, et détermine une mortification très légére des couches les plus superficielles de l'épiderme, résultat très recherché dans certaines circonstances.

Mais le goudron a contre lui sa couleur et son odeur désagréables ; il a de plus l'inconvénient de salir et de corroder le linge et d'exposer à des accidents toxiques locaux et généraux. Et alors le professeur Kaposi s'est demandé si l'un ou l'autre des principes constituants du goudron n'aurait pas les mêmes vertus thérapeutiques que ce dernier, sans présenter les inconvénients qui viennent d'être signalés. Faisant appel aux lumières et à l'intervention directe de son collègue le professeur Ludwig, le chimiste biologiste bien connu, M. Kaposi a pu se procurer les différents produits de distillation du goudron, la résine. les benzols, les phénols, en particulier l'acide phénique. Il ne tarda pas à se convaincre que seul le naphtol réalisait les desiderata signalés plus haut,

Il existe deux variétés de naphtol, isomères. Celui qui a servi aux expériences de M. Kaposi est le *b.* naphtol, dont la formule est $C^{10} H^{8}O$. Il est peu soluble dans l'eau, soluble dans son poids d'alcool pur, et dans l'alcool étendu de son volume d'eau. L'huile et les corps gras le dissolvent très rapidement. On peut donc l'employer en thérapeutique sous forme d'onguent. Voici d'ailleurs les principales propriétés physiologiques de ce corps.

Quand on badigeonne avec une solution étendue de naphtol dans de l'eau alcoolisée une certaine étendue de peau saine, on voit, après évaporation du liquide, le naphtol se déposer sous forme d'une couche mince qui communique à la peau saine un luisant et une souplesse très agréable.

Si pendant quelque temps on répète ces badigeonnages deux fois par jour, au bout de la huitième ou de la dixième application on voit la couche la plus superficielle prendre une teinte trouble d'un brun jaunâtre, sans qu'il y ait hypérémie et sans que la peau cesse d'être lisse. Dans les jours qui suivent, l'épiderme se soulève et se détache sous forme de minces lamelles très étendues.

Quand on opère avec une solution concentrée (5-10 0[0), ou lorsqu'on répète les badigeonnages à intervalles plus rapprochés, ou qu'on les fait sur des parties de peau envahies par une hypérémie aiguë, l'épiderme, en se colorant comme il a été dit, se fendille avant de se détacher. Mais l'hypérémie cutanée n'augmente pas et il ne se fait pas de sécrétion morbide à ce niveau. Lorsque la solution de naphtol était appliquée sur une région prédisposée aux éruptions eczémateuses, on voyait éclore quelques vésicules discrètes qui ne tardaient pas à subir la dessication. Dans certains états morbides de la peau, six à huit badigeonnages avec la solution alcoolique de naphtol aboutissaient à développer une rougeur diffuse.

Quand on frictionne la peau avec une pommade conténant de 1 à 15 parties pour 100 de naphtol, on lui communique également une souplesse plus grande, sans qu'il s'en suive ni rougeur ni éruption quelconque. Quand on applique sur la peau une compresse enduite de cette même pommade et maintenue en place avec une bande de flanelle, on voit se former une plaque érythémateuse sur un fond tuméfié qui se délimite très nettemeni d'avec la peau saine environnânte. En même temps il se forme une eschare très superficielle n'intéressant que l'épiderme. Ce n'est qu'après dix ou quinze applications d'une pommade à 10-15 pour 100, que les malades traités pour une dermatose se plaignaient d'une sensation de brûlure plus ou moins vive, durant tout au plus une heure. Par contre, dans les cas d'éruptions prurigineuses, la sensation de démangeaison était, de l'avis de tous les malades, sensiblement calmée.

Voici maintenant les résultats thérapeutiques obtenus par le professeur Kaposi.

Gale.—Chez cinquante-deux malades affectés de gale et traités par le naphtol, l'efficacité de cette substance s'est montrée au moins égale à celle des meilleurs remèdes employés jusqu'ici contre cette affection parasitaire- Les malades étaient

frictionnés deux fois dans les vingt-quatre avec une pommade de formulée de la façon suivante :

Naphtol	5	grammes
Axonge	100	—
Savon noir	50	—
Craie pulvérisée	10	—

M, s. a,

Non seulement les parasites étaient tués du premier coup, mais en même temps les éruptions multiples et en particulier l'ecxzéma scabigineux, qui compliquent habituellement la gale, étaient guéris très rapidement, quelquefois déjà le surlendemain. La pommade prêconisée par Kaposi étant dépourvue de toute mauvaise odeur et n'altérant pas le linge, son emploi se recommande à la fois pour la pratique civile et la pratique hospitalière.

Psoriasis.—M, Kaposi a cxpérimenté l'emploi du naphtol dans trois cas *invétérés* de cette dermatose si rebelle, chez des femmes âgées de 20 à 25 ans. Chez toutes les trois, les squames de psoriasis se détachèrent déjà après une première application d'une pommade à 15 0[0. Après 6 à 8 inonctions, les plaques de psoriasis étaient moins saillantes, d'un rose pâle ; après 16 ou 20 inonctions, elles étaient devenues tellement pâles que, par comparaison avec la peau saine environnante, elles semblaient avoir perdu leur pigmentation normale, comme dans les cas de vitiligo.

L'auteur ne connaît qu'un remède dont l'efficacité contre le psoriasis soit comparable et même supérieure à celle du naphtol, c'est la *chrysarobine*, dont il a fait connaitre les bons effets il y a environ trois ans (1). Mais la chrysarobine a le grand inconvénient de communiquer à la peau et aux cheveux une coloration d'un brun violet assez durable, et de faire naître des éruptions variées. Ce dernier inconvénient est partagé par l'acide pyrogallique qui a également donné de bons résultats dans le traitement du psoriasis. Le nombre des cas de psoriasis traités par le naphtol dans le service de Kaposi s'é

(1) Voir Wiener med. Wochenscrift, numéro 44, 1878,

lève maintenant à dix-sept. L'action salutaire de ce remède a été quelquefois plus lente à se produire qu'avec les deux autres substances à l'instant mentionnées. Néanmoins il devra de l'avis du médecin de Vienne, leur être préfèré dans les cas où l'éruption occupe le visage, le cuir chevelu et les mains à cause du précieux avantage qu'il a de n'altérer ni la peau, ni la couleur des cheveux.

Eczéma.—Dans les cas d'eczéma intertrigineux et d'eczéma squameux, l'emploi topique du naphtol a donné les meilleurs résultats pour combattre l'hypérémie, la desquamation, les demangeaisons, et pour favoriser la régénération de l'épiderme. Tout d'abord Kaposi avait employé une solution comprenant 5 parties de naphtol et 5 parties de glycérine pour 40 parties d'alcool étendu. Mais cette solution fut trouvée trop forte et la proportion de naphtol fut progressivement abaissée à 1, et même 5.50 0|0. Dans certains cas on devra même se borner à l'emploi d'une solution à 0.25 0|0. C'est que le naphtol, même en solution étendue et en application topique, n'est pas un remède inoffensif comme ses congénères, l'acide phénique, l'acide salycilique, etc. L'usage en doit être surveillé avec une grande prudence, sans quoi on ne fera qu'aggraver les accidents cutanés. Il faut, de plus, choisir le moment opportun de son emploi, qui est, d'une façon générale, la période où la région eczémateuse, quoique encore hypérémiée, n'est pas sensiblement plus chaude que la peau saine. Alors, après deux à quatre badigeonnages avec une solution de naphtol de 1|2 à 2 0|0, on réussira à calmer les démangeaisons et à rendre à la peau sa teinte et son aspect habituels. Souvent, dès les premiers jours, l'épiderme se colore en brun jaunâtre et se détache sous forme de lamelles assez larges et très minces. A ce moment là, il faut suspendre l'emploi du remède. En continuant on ne ferait qu'aggraver le mal. Il faut s'arrêter également lorsque les applications de naphtol augmentent l'hypérémie cutanée ou lorsque l'épiderme vient à se fendiller.

L'emploi du naphtol a donné encore de bons résultats dans

un certain nombre de cas de séborrhée du cuir chevelu, de prurigo, dans un cas d'ichtyose et dans un cas de lupus érythémateux. Dans 8 cas de lupus vulgaire et dans 9 cas d'épithélioma, le naphtol s'est montré absolument inefficace.

E. Ricklin.

Gazette Médicale de Paris. 9 Juillet 1881

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1881,

De quelques usages de la bande de caoutchouc vulganisé dans les affections chirurgicales.

Indépendamment des hernies étranglées dans lesquelles la bande de caoutchouc ne lui a jamais donné de résultats satisfaisants et des affections eczémateuses des membres où son efficacité fut des plus remarquables, M. Marc Sée a fait usage, depuis plusieurs années, de cet agent dans les circonstances suivantes :

1o. Infiltration œdémateuse des membres, quelle que soit la cause (affections du cœur, du foie, cachexies diverses, compression déterminée par des humeurs de l'abdomen, etc.) Dans toutes les circonstances, la bande élastique, convenablement appliquée, prévient les distensions trop considérables de la peau, ainsi que le développement de ces rougeurs érysipélateuses, auxquelles succèdent si fréquemment des mortifications partielles des téguments. Elle se montre particulièrement efficace contre les infiltrations si pénibles du membre supérieur, chez les femmes atteintes du cancer du sein avec propagation aux ganglions axillaires. De même pour l'œdème qui persiste après la guérison des phlébites et des lymphangites.

2o. Infiltrations séroplastiques consécutives à certains phlegmons qui laissent à leur suite des raideurs articulaires

et une gêne des mouvements, provenant d'un état de rigidité de la peau et du tissu sous cutané. Les frictions et le massage, si utiles dans ce cas, trouvent un adjuvant très efficace dans la bande de caoutchouc, appliquée dans l'intervalle des séances. Les raideurs dues au gonflement des doigts, après les phlegmons de la main et de l'avant-bras, seront combattues avec succès par le même moyen.

3o. Infiltrations et épanchements sanguins consécutifs à des contusions, des déchirures sous-cutanées, ecchymoses de toute espèce. La bande de caoutchouc favorise et hâte la résorption du sang extravasé, en agissant sur lui comme fait le pouce du chirurgien qui écrase une bosse sanguine du cuir chevelu, à cette différence près qu'elle agit sans violence et d'une façon continue.

4o. Epanchements séreux dans les articulations et en particulier hydarthroses du genou, coude, cou-de-pied, rebelles parfois à tous les autres traitements, ou se reproduisant dès que le malade commence à marcher, comme cela se voit souvent à la suite d'arthrite blennorrhagique.

Dans plusieurs cas de ce genre, la bande m'a procuré des guérisons définitives en quelques jours, là où l'immobilité et les cautérisations ignées s'étaient montrées inefficaces.

5o. Inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses à toutes les périodes de leur évolution. Partout où elle est applicable, la bande de caoutchouc remplace utilement le cataplasme émollient sur lequel elle a l'avantage de modérer l'afflux sanguin en comprimant les tissus.

6o. Ecthyma des membres et ulcères qui restent à la chute des croûtes, ulcères atoniques, calleux, variqueux. Dans tous ces cas, la bande fait disparaître rapidement les complications et favorise la cicatrisation.

7o. Dans les plaies récentes accidentelles ou chirurgicales réunies par la suture. La bande de caoutchouc par-dessus le pansement de Lister favorise la réunion immédiate et permet d'espacer les pansements beaucoup plus que d'habitude. Il m'est arrivé d'enlever le premier pansement seulement après

trois semaines et de trouver la plaie presque complètement guérie.

C'est là une application très importante que je me contente d'indiquer ici et sur laquelle je vous demanderai la permission de revenir avec plus de détail dans une autre communication.

Pour éviter les accidents, il faut user de quelques précautions dans l'application de la bande ; la compression qu'elle exerce sur les parties molles doit être très minime et ne jamais aller jusqu'à entraver la circulation. En enroulant la bande, on n'exercera qu'une traction très légère, suffisante pour que les divers tours soient exactement appliqués. Elle devra donc être réappliquée tous les deux ou trois jours.

Les effets produits par la bande dépendent de deux propriétés qu'elle possède au plus haut degré, l'*élasticité* et l'*imperméabilité*. Par son élasticité elle exerce une pression très faible, mais très efficace, puisqu'elle est continue et qu'elle est peu influencée par les petits changements de volume que peuvent éprouver les organes. Par son imperméabilité elle établit une barrière infranchissable entre les organes qu'elle recouvre et l'air extérieur. D'une part elle amasse au dessous d'elle les produits de la transpiration et des sécrétions de la peau, qu'elle entretient dans un état constant d'humidité et de chaleur, comme les cataplasmes ; d'autre part elle empêche les germes qui voltigent dans l'air de venir contaminer les plaies et constitue ainsi un adjuvant très sérieux du pansement antiseptique.

M. Nicaise : On a signalé quelques inconvénients à la suite de l'emploi du caoutchouc gris ; il irrite les plaies, et les tubes à drainage déterminent de la suppuration sur leur trajet. Aussi vaut-il mieux employer le caoutchouc rouge ou le noir.

M. Verneuil : Je demanderai à M. Sée si, dans les cas d'œdème symptomatique des affections cardiaques ou rénales, l'emploi de la compression n'est pas dangereuse. N'y a-t-il pas d'inconvénient à supprimer ces exhalations du tissu sé-

reux, et à refouler dans le torrent circulatoire le liquide épanché dans le tissu cellulaire. Ne peut-on pas occasionner ainsi des accidents urémiques.

Quant à l'œdème du membre supérieur chez les femmes atteintes de cancer du sein, si la compression les soulage, c'est un point très important.

M. Sée : Au début je me suis fait les mêmes réflexions que M. Verneuil et je n'appliquai la bande qu'avec précaution ; mais, jusqu'à présent, je n'ai pas remarqué d'inconvénients dans cette méthode.

M. Le Dentu : Dans deux cas de cancer du sein avec œdème du bras, j'ai fait de la compression avec une bande simple. L'œdème a beaucoup diminué, mais j'ai été obligé de cesser à cause de la dyspnée dont les malades ont été prises.

M. Th. Anger a vu un cas d'éléphantiasis du membre inférieur guéri par cette méthode. — *Gazette Médicale de Paris*, 2 juillet 1881.

A la séance du 6 avril 1881 de la Société de Chirurgie, M. Galezowski présente un malade auquel il a fait l'extraction d'un corps étranger (morceau d'acier) de l'œil, qui s'était logé dans la rétine après avoir traversé la cornée, l'iris, le cristallin et le corps vitré. Pour enlever ce morceau d'acier, M. Galezowski se servit du procédé qui a été employé en Angleterre par M. Bockwell. Il fit une section de la sclérotique entre le muscle droit supérieur et le droit externe, et au moyen d'une sonde aimantée introduite dans l'incision, il eut le bonheur de ramener le corps étranger. Il fit une suture de la sclérotique, qui se réunit par première intention.

CHIRURGIE PRATIQUE

APERÇU HISTORIQUE ET PRATIQUE DE 1876 A 1881 SUR LES PANSEMENTS A LA PÉRIODE ISCHÉMIQUE A L'AIDE DE L'ÉLÉVATION VERTICALE DU MEMBRE CHEZ LES GRANDS OPÉRÉS ET CHEZ LES BLESSÉS ATTEINTS D'HÉMORRHAGIES ARTÉRIELLES ET VEINEUSES (1), par ALFRED HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

L'idée de recourir aux pansements à la période ischémique, à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage, à la suite des amputations et des hémorrhagies artérielles et veineuses, est d'origine française et remonte déjà à près de cinq années : c'est donc à tort que des chirurgiens, même Français, n'ont pas hésité l'année dernière à en faire l'honneur à l'Allemagne.

C'est en 1876, à la Société de Chirurgie, que j'attirai l'attention de mes collègues sur la possibilité de recourir à cette sorte de pansements, non moins pour les petites amputations que pour les grandes pratiquées sur les enfants et même sur les adultes (2).

Après avoir prouvé devant cette illustre compagnie, par de nombreux faits, la puissance hémostatique de l'élévation verticale des membres, j'ai été amené à déclarer qu'on ne doit pas redouter les hémorrhagies que pourrait présenter la division d'assez grosses artères, et qu'il est permis, tout au moins pour celles de l'avant-bras et de la jambe, de compter sur leur oblitération naturelle sans être obligé ni de les tordre ni de les forcipresser et encore moins de les ligaturer.

De là à l'application immédiate du pansement à la période ischémique, il n'y avait qu'un pas, et je n'hésitai pas, dans la même séance du 13 décembre 1876, à le franchir, confiant

(1) Mémoire communiqué au Congrès pour l'Avancement des Sciences, à Alger, avril 1881.

(2) L'auteur. — *De l'hémostase naturelle et définitive à la période anémique à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage, chez les petits et grands amputés.* — BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, (13 décembre 1876, Paris).

dans l'application facile et certaine de ma bande réglementée, dans le cas où, par suite d'un écoulement de sang, je me fusse trouvé dans la nécessité de recourir de nouveau à l'ischémie.

Cette petite complication, en admettant qu'elle pût avoir lieu, ne me paraissait pas de nature à être mise en parallèle avec les immenses avantages que pourrait présenter ce nouveau mode de pansement, tant pour le blessé que pour le chirurgien,

Pour le blessé : point de contact de corps étrangers sur la plaie, tel que éponge ; point de contusion des vaisseaux et des muscles par l'action constrictive des pinces ; point de fils à ligatures contrariant le travail de la circulation ; point de douleurs par le pincement des filets nerveux qui accompagnent les troncs artériels et qu'on comprime sans le vouloir au moment où on jette un lien constricteur sur la circonférence du vaisseau ; enfin aucune perte de sang, ni au moment ni après l'opération.

Pour le chirurgien, rapidité plus grande dans le procédé opératoire, nulle préoccupation de rechercher les artères de moyen calibre, recherches souvent si longues et si pénibles quand on opère le soir à la lumière artificielle ou sur un champ de bataille.

De plus, en dehors des amputations, possibilité pour un infirmier ou une personne étrangère à l'art de guérir, de pouvoir arrêter, sitôt leur production, de sérieuses hémorrhagies de la main, de l'avant-bras, du pied ou de la jambe.

Cette élévation était encore de nature à trouver son application dans le traitement des anévrysmes, seule ou avec le concours de la bande règlementée ou de la compression digitale et dans celui de l'ostéo-périostite aiguë ou chronique.

Tant d'avantages ne frappèrent que très médiocrement mes collègues de Paris et de la province.

On n'ajouta pas grande croyance à mes affirmations, et, tant en France qu'à l'étranger, je continuai seul à tirer profit, à la suite de mes opérations, de ce mode d'hémostase dont il

eût été facile, pour tout chirurgien non prévenu, de constater les heureux effets.

Ce silence absolu m'engagea à tenter un nouvel effort de vulgarisation, et après m'être adressé, en 1876, à la Société de chirurgie, je pensai que nulle tribune ne pouvait mieux porter au loin mes résultats, chaque jour plus nombreux et plus complets, que celle de l'Association pour l'avancement des sciences.

En 1877, le 25 août, je profitai de ma communication au Havre (1) sur des nouvelles études cliniques sur les grandes amputations sus et sous-périostées chez les adultes, pour rappeler tout le parti qu'on pourrait retirer de l'élévation verticale du membre comme puissant moyen d'hémostase naturelle et définitive, et je me crus autorisé d'encourager de nouveau mes confrères à faire, à la période ischémique, tous les pansements consécutifs aux amputations des doigts, du pied, de l'avant-bras et de la jambe, et d'essayer ce moyen dans les cas d'hémorrhagies artérielles ou veineuses.

En effet, on peut lire dans le volume du Congrés du Hâvre 1877, le passage suivant, qui ne laissera pas le moindre doute sur la confiance que m'inspirait, dès cette époque, ce mode d'hémostase. Sa revendication par Lister un an plus tard, et par Esmarch, en 1880, me fait un devoir de le rappeler devant vous (2) :

" Ma communication de ce jour a un autre intérêt que de prouver que les amputations sus et sous-périostées des adultes, pratiquées avec le concours de l'immobilisation articulaire et d'une très faible pression ischémique avec une bande règlementée, offrent des avantages sérieux au point de vue des accidents consécutifs et du bon fonctionnement des

(1) L'auteur. — *Nouvelles études sur les amputations sus et sous-périostées et sur l'hémostase naturelle et définitive, à l'aide de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage.* — Congrès pour l'avancement des sciences, 25 août 1877, volume Hâvre, page 815.

(2) *Loc. cit.*, page 819.

amputés. Elle est à même de confirmer la valeur de l'élévation des membres pour arrêter de graves hémorrhagies. Au mois de décembre 1876, j'avançai ce fait à la Société de chirurgie, ne l'appuyant que sur trois amputations de doigts pratiquées sur une malade âgée de vingt-cinq ans, et sur une amputation de jambe au tiers supérieur sur un enfant de quatre ans. Je promettais d'expérimenter sur une amputation d'adulte. C'est ce que je fis sur l'amputée de l'avant-bras, âgée de quarante trois ans, et dont le moignon est présenté au congrès. Sur cette opérée, les artères ne furent ni liées, ni tordues, ni forci-pressées. Sitôt l'amputation terminée, le lambeau fut rabattu au-devant des os ; le pansement avec sutures, bandelettes, ouate, bandes, était complètement terminé quand j'enlevai le lien constricteur appliqué sur le bras. Le membre, à ce moment, se trouvait complètement élevé ; l'impulsion sanguine colora la peau d'abord d'une teinte scarlatineuse, pendant trente secondes, puis d'une teinte rubéolique pendant deux minutes, pour reprendre ensuite sa coloration naturelle. Pas une goutte de sang ne vint ensanglanter les pièces du pansement. L'aide, placé près de la malade pendant vingt-quatre heures, ne fut aucunement obligé d'intervenir. "

" *La solution du problème de l'hémostase naturelle et définitive venait donc d'être résolue sur un adulte et pour une grande amputation à la période anémique, avec l'aide seulement de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage.* "

" Ce puissant moyen hémostatique, qui, je pense, n'a jamais été mentionné, pourra rendre de signalés services, non *moins pour les hémorrhagies des champs de bataille, entre les mains des infirmiers, en l'absence d'un chirurgien, que pour les hémorrhagies qui accompagnent ou suivent les grandes et les petites opérations.* "

Ce deuxième mémoire, pas plus que le premier, n'eut l'avantage de me valoir en France un seul coopérateur.

C'est qu'il ne m'avait pas encore été possible de fournir assez de preuves pour lutter contre les préceptes traditionnels

et faire dévier le courant imprimé à la science par les savantes discussions soulevées en 1875 au sein de la Société de chirurgie.

Il suffit de dépouiller les bulletins de ses séances pendant cette année 1875, pour connaître le traitement adopté à cette époque, à la suite des hémorrhagies artérielles, et quelle profonde modification l'élévation verticale lui a imprimée. On continuait de suivre les règles édictées par M. Le Dentu (1), le 3 février 1875, dans son rapport sur trois cas de plaies artérielles communiquées par M. Gaillard de Parthenay et dont la guérison avait été obtenue par la ligature. Un tel résultat était considéré à cette époque comme un beau succès, car à la suite de sa première observation, malgré de nombreuses hémorrhagies consécutives, l'auteur déclare " que si dans certains cas les hémorrhagies de la paume ne peuvent être arrêtées que très difficilement et nécessitent la ligature des deux artères de l'avant-bras, de l'humérale et même de l'axillaire, il en est aussi qui sont arrêtées par la ligature *d'une seule artère de l'avant-bras*.

Loin de partager l'enthousiasme de M. Gaillard, M. Le Dentu ajoute ; " conclusion un peu inattendue, il faut le reconnaître, puisque le soir même du jour où la ligature de la radiale avait été faite, l'hémorrhagie se reproduisit. J'avouerai qu'une guérison obtenue par une méthode thérapeuthique aux prix de dix hémorrhagies secondaires ne porte pas en elle des éléments suffisants de persuasion. "

Toutefois, M. Le Dentu avoue que : " sauf de bien rares exceptions, il faut poser en principe la nécessité de rechercher les bouts de l'artère divisée et ne se rabattre sur les autres moyens qu'en cas d'insuccés. "

A coup sûr, si on avait connu en 1875 l'heureuse influence hémostatique de l'élévation verticale, MM. Le Dentu et Despretz, dont la pratique a été rapportée dans la thèse de M.

(1) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Février 1875, Paris,

Belhomme en 1875 (1), lui eussent donné tout d'abord la préférence sauf, en cas de revers, à recourir à la ligature.

Sans nul doute cette connaissance eut peut-être également modifié les opinions émises par la majorité de la Société de chirurgie, dans sa séance du 21 juillet 1875, à la suite du rapport de M. Lannelongue, sur deux observations de plaies des artères humérale et tibiale antérieure recueillies par M. le docteur Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest (2).

Nos honorables collègues, impressionnés par le souvenir de nombreuses apparitions d'hémorhagies secondaires, plusieurs jours après la production d'une plaie artérielle, et n'ayant pas encore eu leur attention attirée sur les précieux effets hémostatiques de l'élévation verticale des membres, combattirent énergiquement l'expectation ; et d'un accord presqu'unanime, déclarèrent qu'on ne devait jamais hésiter, que la plaie donnât on ne donnât pas de sang, à faire la ligature des deux bouts divisés. MM. Lannelongue et Polaillon furent également d'avis qu'on devait recourir à cette opération, mais seulement en cas d'hémorrhagie ; si le sang était arrêté, mieux valait s'abstenir, et maintenir le malade en observation.

A la fin de cette discussion, M. Larrey se rangea en partie du côté de ces deux derniers chirurgiens et leur fit la concession suivante :

" Pour moi, dit-il, je suis, depuis longtemps, partisan de la ligature primitive des deux bouts dans la plaie quand les deux bouts artériels donnent du sang, ou en ont donné récemment, tout en reconnaissant qu'il est possible d'essayer l'hémostase par d'autres moyens, lorsque les artères divisées

(1) Belhomme. — *Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras* — Thèse inaug., 3 juin 1875, Paris.

(2) Bulletin de la société de chirurgie. — Séance du 21 juillet 1875 Paris.

sont peu importantes, et n'exposent pas à des hémorrhagies considérables. "

M. Perrin, tout en ne niant pas la possibilité d'hémorrhagies après la ligature, terminait son discours en disant :

" Pour me résumer d'un mot, je concède que la ligature des deux bouts dans la plaie ne soit pas infaillible, mais je soutiens qu'elle vaut mieux qu'autre chose. "

Quant à M. Giraldés, il fut plus absolu que M. Perrin, et déclara hautement " qu'il approuvait sans réserve la conduite de M. Cras qui avait lié le bout infèrieur de l'artère tibiale quoique l'hémorrhagie fut arrêtée."

En rappelant cette importante discussion, mon seul but, tout en rendant hommage au savoir de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, est de bien préciser quel était l'état de là science au 21 juillet 1875. Pour arrêter les hémorragies artérielles, de l'aveu de nos plus grands chirurgiens, on ne songeait qu'à la ligature et à la compression, et ce dernier moyen offrait si peu de sécurité qu'on n'hésitait pas à adopter le premier.

Cette double citation, qu'il me serait facile de corroborer d'une très intéressante observation de plaie des arcades palmaires, publiée en 1875 par M. le professeur Gross, de Nancy (1), me permet donc d'affirmer, qu'avant 1876, aucun chirurgien ne songeait à utiliser l'élévation verticale pour combattre les hémorrhagies des arcades palmaires et que la ligature était encore le principal moyen de traitement, comme à l'époque d'Ambroise Paré, de Desault, de Boyer, de Dupuytren et de Velpeau.

Le concours que ne pouvaient m'accorder mes compatriotes, encore sous l'influence des préceptes de la Société de chirurgie, devait m'être fourni, après dix-huit mois d'efforts, par un étranger, sous les yeux duquel le volume du congrès du Havre avait probablement paru.

---

(1) Gros. — *Observation de clinique chirurgicale.* — 1875. J.-B. Baillière, Paris.

M. Lister, en juin 1878, en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine de Paris, et tout en insistant sur les effets physiologiques de l'élévation verticale du membre, rapporta que c'était un puissant moyen d'hémostase, et, pour mieux convaincre ses confrères, il rappela que, dans un cas de désarticulation du poignet, où il n'avait pu trouver l'artère cubitale qui continuait à donner du sang, il l'avait rendue exsangue en recourant à l'élévation verticale de l'avant-bras et du bras.

M. Gosselin, frappé de cette déclaration, voulut en faire l'essai pour arrêter des hémorrhagies de la paume de la main et eut la satisfaction, en novembre et décembre 1878, de les voir disparaître sur trois sujets, grâce à ce simple mode d'hémostase. Il conseilla à un de ses élèves, M. Zigliara, d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale (1). Les premières recherches de ce jeune confrère le mirent en présence de deux mémoires que j'avais présentés en 1876 à la Société de chirurgie et en 1877 au congrès du Havre, et m'honorant alors d'une démarche qui était le premier témoignage d'une reconnaissance de ma propriété et dont je ne puis encore aujourd'hui oublier l'agréable impression, M. Zigliara me pria de lui communiquer mes observations ainsi que celles de mes élèves.

M. Despretz eut également recours, en 1879, avec succès à l'élévation dans deux cas d'hémorrhagie de la main (2).

Malgré cette nouvelle publicité, nul en France ne songea à faire, ou ne l'osa, des pansements à la période ischémique pour des amputations autres que celles des doigts.

C'est encore l'étranger qui devait se charger de justifier les avantages de l'élévation verticale des membres et vulgariser les pansements à la période ischémique chez les grands amputés.

En 1880, le 7 du mois d'avril, M. Esmarch, au congrès de

---

(1) Zigliara.—*Recherches sur l'hémostase par l'élévation des membres, combinée avec la compression.* Thèse inaug., 1879. Paris.

(2) Despretz.—*Bulletin de la Revue de thérapeutique,* 30 janvier 1880, Paris.

Berlin (1), publia son mémoire sur les opérations sans perte de sang, à l'aide de l'élévation verticale, dans lequel pas un nom n'est cité, pas une date n'est rappelée. Sa conversion ne devait remonter qu'à quelques mois, car dans son Traité de chirurgie de guerre, publié en 1879, il n'est nullement fait mention de ces sortes de pansements, et page 188, on constate, d'après les lignes suivantes, qu'il agissait encore suivant les anciennes traditions :

Position du moignon (2).

L'amputé porté dans son lit, le moignon est placé horizontalement, à plat et non point relevé ; s'il survient des soubresauts, des spasmes musculaires redressant le moignon (ce qui se voit surtout après les amputations de cuisse), on le maintient abaissé au moyen d'un drap plié agissant par son simple poids.

Un cerceau en fil de fer protége le moignon, qui doit, du reste, demeurer à découvert, afin que tout écoulement de sang puisse être aperçu à temps par le gardien.

Alors que j'avais poussé l'étude jusqu'à prouver qu'on pouvait faire des amputations d'avant-bras et de jambe sans aucune ligature, le professeur de Kiel propose, en 1880, ainsi que je l'avais pratiqué un grand nombre de fois en 1877 et 1878, avant de commencer le pansement, de faire la ligature des troncs artériels visibles à l'œil nu, de recourir à l'élévation verticale, puis, seulement après, de lever le lien constricteur. Quant au reste de son pansement, nous retrouvons là le drain préconisé en 1859 et 1860 par MM. Jules Roux et Arlaud, en 1866 et 1868, par Broca, et déjà employé au commencement de ce siècle sous forme de mèche, par Larrey, et la suture superficielle, recommandée par M. Azam et l'école de Bordeaux ; et pour mieux immobiliser les parties profondes, au lieu de recourir, comme je l'avais recommandé en 1871, 1872 et 1873, à la Société des sciences de Lille, à l'Aca-

(1) Esmarch.—*Des opérations sans perte de sang.*—GAZETTE MÉDICALE, 23 août 1880, Paris.

(2) Esmarch.—*Chirurgie de guerre,* p. 188,—1879, Paris.

démie de médecine et à la Société de chirurgie, à l'immobilisation articulaire, il a recours à la suture profonde dont la première mention appartient également à l'école de Bordeaux, et la vulgarisation à M. Pozzi, et que repoussent MM. Trélat et Guyon (1), qui lui préfèrent simplement la compression.

A la voix du professeur Esmarch, toute l'Allemagne s'émut de ce mode de pansement et, actuellement, nous avons la satisfaction de le voir adopté d'une manière générale.

Voilà les diverses phases que les pansements à la période ischémique, avec l'aide de l'élévation verticale, ont parcouru depuis 1876.

M. Pruvost, un des élèves les plus distingués de la Faculté de Lille, vient d'en faire l'objet de sa thèse inaugurale. Pour hâter l'adoption de cette méthode en Algérie, je n'ai pas hésité à venir encore lui prêter mon faible appui, convaincu, comme en 1877 au Havre, que, grâce à l'Association, notre chère colonie ne tarderait pas à en tirer profit en faveur de ses blessés. J'ai pensé que c'était une des meilleures manières de reconnaître la gracieuse hospitalité qu'elle daigne nous accorder aujourd'hui.

Pour ne pas dépasser les bornes de votre bienveillante attention, je me contenterai de rappeler les titres des observations dans lesquelles j'ai eu recours à ce mode de pansement.

Dans un travail actuellement sous presse se trouveront rapportées, in extenso, ces mêmes observations recueillies par MM. les docteurs Richard, Zigliara, Despretz, Crasquin, Pruvost et par mes élèves Martin, Fibiech et par moi, ainsi que de nombreuses observations de guérison d'ostéite épiphysaire par l'anémie osseuse résultant de l'élévation verticale du membre aidée de l'immobilisation prolongée avec l'appareil silicaté.

---

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie.*—Séance du 28 mars 1877.

(2) Pruvost.—*Traitement des hémorrhagies artérielles et veineuses des membres au moyen de l'élévation verticale aidée de la suspension et de la compression du bandage.*—Thèse inaugurale, 6 avril 1881, Lille.

Avant de terminer cette étude, je crois utile de rappeler que j'ai été témoin de trois causes qui peuvent, malgré l'élévation des membres, entretenir l'hémorrhagie et contre lesquelles le chirurgien peut facilement intervenir. Ce sont :

1° Une trop forte compression du bandage au-dessus du foyer hémorrhagique ;

2° Un épanchement de sang sous la peau ou sous l'aponévrose par le fait de la pression du pansement et comprimant les veines au-dessus de la plaie ;

3° L'étranglement des parties molles, par suite de l'inflammation des tissus situés entre les vaisseaux divisés et la partie supérieure du membre ;

Il m'a toujours été facile de combattre ces trois causes qui provoquent et entretiennent les hémorrhagies.

Contre la première, il m'a suffi de desserrer le bandage et contre les deux autres de débrider afin de faire écouler le sang infiltré, ou de lever l'étranglement entretenu par l'inflammation ou par une suppuration profonde.

Il est bon d'être prévenu de ces trois causes d'arrêt de la circulation veineuse qui peuvent compromettre les excellents résultats qu'on est en droit d'espérer de l'élévation verticale du membre.

Nous avons résumé dans un tableau les observations dans lesquelles on a recouru, toujours avec succès, à la période ischémique chez des opérés, au pansement immédiat sans ligature ou avec ligature des gros troncs artériels et au pansement simple chez des blessés atteints d'hémorrhagie artérielle et veineuse des membres supérieurs et inférieurs à l'aide de l'élévation verticale et de la pression du bandage.

Ce tableau comprend la relation de vingt cas dans lesquels on a eu recours, soit au pansement à la période ischémique, soit à l'élévation verticale du membre dans des cas de section complète ou incomplète d'artères de moyen calibre.

Ces vingt cas comprennent :

Trois grandes amputations, dont une de l'avant-bras au tiers moyen ; une désarticulation du poignet chez deux adul-

tes, et une d'amputation de la jambe au tiers supérieur chez un enfant.

Sept amputations de doigts.

Six cas d'hémorrhagies de la main ou de l'avant-bras. Deux résections très étendues du tibia.

Tous ces cas ont été suivis de guérison.

RÉSUMÉ.—Le pansement à la période ischémique, à la suite des grandes et petites amputations à l'aide de l'élévation verticale du membre, est une méthode française, dont l'origine ne remonte qu'à 1876.

Ses éléments de succès consistent :

1° A l'aider de la suspension, de l'immobilisation et de la pression du bandage ;

2° A éviter les pressions inconscientes du tube d'Esmarch, et à ne produire l'ischémie qu'avec la bande réglementée, afin de ne pas dépasser le but utile, et de se mettre ainsi à l'abri des paralysies nerveuses, cause à peu près unique des hémorrhagies capillaires ;

3° A combattre la septicémie par un agent antiputride. Cet agent, pour nous, depuis près de huit ans, est l'eau salée, que nous employons non moins pour les pansements que pour les lavages et les bains de toutes plaies qui suppurent ;

4° A éviter tout arrêt de la circulation veineuse par la trop forte pression du bandage, par le gonflement inflammatoire, ou par l'infiltration sanguine sous-cutanée des tissus situés au-dessus de la plaie ;

5° A lier les gros troncs artériels visibles à la période ischémique, sans se préoccuper des artères de petit ou moyen calibre.—(*Gazette Médicale de Paris*,) No. 28—9 Juillet 1881.

Académie de médecine : NOUVELLES EXPÉRIENCES DE M. PASTEUR SUR LES INOCULATIONS PRÉVENTIVES.

M. Pasteur a fait mardi dernier, à l'Académie de médecine, une communication qui fera époque dans les annales de la science. Nos lecteurs ont encore présentes à la mémoire ses communications antérieures sur les inoculations préventives. Depuis de longs mois, l'illustre savant poursuit sans relâche la solution d'un problème qui intéresse au plus haut point la science et l'humanité, car il ne s'agit de rien moins que de nous fournir des armes toutes puissantes pour nous prémunir contre les atteintes des maladies zymotiques. Cette solution, M. Pasteur croyait l'avoir trouvée dans l'emploi des inoculations préventives pratiquées avec un liquide vaccinal. obtenu en atténuant par des cultures méthodiques la virulen ce des germes infectieux. Les applicatious qu'il avait faites de cette formule générale à des cas particuliers, au choléra des poules et à la maladie charbonneuse, témoignaiont en faveur de la méthode. Mais jusqu'ici M. Pasteur avait été réduit à expérimenter sur une échelle trop restreinte pour que les faits produits par lui présentassent le caractère d'une démonstration rigoureuse, capable de lever tous les doutes. Une occasion exceptionnelle s'est offerte à lui tout récemment de donner des preuves éclatantes de l'efficacité des inoculations préventives contre la contagion charbonneuse, et voici dans quelles circonstances,

Il y a environ deux mois, la Société d'agriculture de Malun mettait à la disposion de M. Pasteur soixante moutons destinés à des expériences dont le programme fut rigoureusement arrêté d'avance :

Dix de ces moutons devaient servir de sujets de contrôle et ne subir aucun traitement.

Vingt-cinq autres devaient subir. à douze ou quinze jours d'intervalle, deux inoculations préventives pratiquées avec deux virus charbonneux inégalement atténués.

Au bout d'une nouvelle période de quinze jours, ces vingt-

cinq moutons ainsi vaccinés et les vingt-cinq autres restants devaient être inoculés avec un liquide charbonneux très virulent.

M. Pasteur prédisait que les vingt-cinq moutons non vaccinés périraient tous, tandis que les vingt-cinq moutons vaccinés, quoique vivant avec les premiers dans une promiscuité complète, résisteraient à la dernière inoculation.

Il fut convenu, en outre, que les moutons qui mourraient charbonneux seraient enfouis un à un dans des fosses distinctes, voisines les unes des autres, situées dans un enclos palissadé ; qu'on ferait parquer dans cet enclos vingt-cinq moutons neufs, n'ayant jamais servi à aucune expérience. Et M. Pasteur de déclarer d'avance que ces moutons se contagionneraient spontanément par les germes charbonneux que les vers de terre ramènent à la surface du sol, tandis que d'autres moutons, parqués dans le voisinage de ce même enclos, resteraient indemnes de la contagion charbonneuse.

L'événement justifia de tous points ces prédictions. Il en fut encore de même pour dix animaux de l'espèce bovine (huit vaches, un bœuf et un taureau), dont six préalablement vaccinés comme il a été indiqué plus haut supportèrent impunément l'inoculation d'un liquide charbonneux très virulent, tandis que les quatre autres présentaient, autour du point d'inoculation, des œdèmes très volumineux contenant plusieurs litres de liquide, en même temps que leur température interne subissait une ascension de 3 degrés.

L'Académie a fait à cette communication l'accueil enthousiaste qu'elle méritait. Aux contradicteurs acharnés de M. Pasteur, il n'y a plus qu'une réponse à faire : Voilà des moutons que, après deux inoculations préventives, M. Pasteur déclare réfractaires, pour un temps assez long, à la contagion charbonneuse. Voulez-vous nous convaincre de l'inexactitude de cette assertion et nous démontrer que l'immunité ainsi conférée s'éteint déja au bout d'une quinzaine de jours, comme le soutient M. Colin ? Eh bien, prenez ces mêmes moutons et mettez-nous dans le cas de les voir succomber

quand même aux symptômes du charbon, avec les lésions propres à cette zoonose spécifique. Mais si vous êtes incapables de cette preuve, résignez-vous à la pensée de voir bientôt la science dotée d'un moyen de prévenir l'éclosion de maladies d'autant plus redoutables qu'une fois déclarées, elles défient les ressources thérapeutiques.

Nous croyons, pour notre part, que la question des inoculations préventives est entrée dans une phase nouvelle, la phase des applications pratiques. La médecine vétérinaire est appelée, dès aujourd'hui, à bénéficier de la découverte de M. Pasteur, entourée des garanties que lui assurent les expériences que nous venons de faire connaître. Nous espérons, et il n'est personne qui ne le souhaite, que dans l'immunité conférée aux moutons par l'inoculation d'un virus charbonneux atténué il y a plus qu'un fait accidentel, et que nous tenous là la formule mathématique qui nous permettra d'étendre peu à peu à toutes les maladies infectueuses réputées zymotiques les bienfaits de la vaccine jénérienne.(—*Gazette Médicale de Paris*,) No. 25—18 Jnin 1881.

E. RICKLIN.

Académie de médecine : LES INOCULATIONS PRÉVENTIVES. — HISTORIQUE DE LA MÉTHODE DE M. PASTEUR.

La communication que M. Pasteur avait faite, dans l'avant dernière séance de l'Académie de Médecine, sur ses récentes expériences destinées à fournir la démonstration publique de l'efficacité des inoculations préventives contre la contagion charbonneuse, a soulevé mardi dernier des incidents multiples qu'il serait trop long de rapporter ici en détails. Le principal intérêt de cette séance est dans les renseignements que M. Bouley a cru devoir donner sur la méthode suivie par M. Pasteur pour faire d'un liquide virulent, comme le sang charbonneux, un liquide vaccinal, préservateur de la contagion· L'histoire de cette importante découverte mérite d'être rappelée en deux mots.

M. Pasteur, on se le rappelle, avait été amené à constater accidentellement qu'en exposant au contact prolongé de l'oxygène de l'air un liqdide de culture qui tient en suspension le microbe du choléra des poules, on voit sa virulence s'atténuer de jour en jour : au bout d'un certain temps, on peut impunément injecter sous la peau d'un animal ce liquide doué, au début, d'une virulence mortelle. M. Pasteur s'ést demandé si pareille chose aurait lieu pour la bactérie charbonneuse, et il n'a pas été long à reconnaître que celle-ci brave le contact de l'air et qu'il faut, pour anéantir sa vitalité, la soumettre à l'action d'une température élevée. Au-dessus d'une certaine température, la bactérie charbonneuse met très peu de temps à périr ; sous l'influence d'une température moindre, on constate au contraire, que la virulence des germes diminue lentement. C'est ainsi qu'en soumettant des bactéries charbonneuses cultivées dans du bouillon de poulet à la double influence du contact de l'oxygène de l'air et d'une température de 42°, M. Pasteur a vu la virulence du liquide s'atténuer progressivement, pour ne s'éteindre qu'au bout de quelques semaines. Si. au début, ce liquide tue infailliblement tous les animaux d'une certaine espèce, des moutons par exemple, auxquels on l'avait inoculé, un peu plus tard il ne tuera plus ces animaux que dans une proportion qui ira en diminuant. Il arrivera ainsi un moment où le liquide aura perdu suffisamment de sa virulence, pour que, inoculé à des moutons, il n'engendre plus qu'une fièvre éphémère et des accidents sans gravité, tandis qu'il tue encore des animaux de moindre taille.

Voilà comment M. Pasteur a réussi à graduer à volonté la virulence du liquide charbonneux, à faire des inoculations vaccinales une pratique absolument inoffensive, puisque l'expérimentateur opère avec de véritables liquides titrés dont la puissance d'action est adaptée à chaque espèce animale et à sa résistance variable à l'infection charbonneuse.

Ces renseignements fournis par M. Bouley sur la découverte de M. Pasteur sont évidemment une réponse péremp-

toire aux objections et revendications que M. Colin avait cru devoir formuler au commencement de la séance. M. Colin a rappelé que le 6 juillet 1880, il avait, le premier, entretenu l'Académie de l'immunité conférée aux animaux par l'inoculation du principe actif de certaines maladies virulentes, du charbon, entre autres. Oui certainement, mais il s'est contenté de nous dire qu'il emploie pour ces inoculations préventives un virus atténué. Atténué comment, et par qui ? aurait pu lui répondre M. Bouley. Si M. Colin se borne à choisir son virus sur des animaux atteints d'un charbon bénin, à le diluer dans une grande quantité de sérum, à en inoculer des parcelles infinitésimales, il ne fait, en somme, qu'imiter une pratique déjà ancienne, puisqu'il y a deux mille ans, les Chinois avaient recours à l'inoculation varioleuse prophylactique. Il a été le premier à reconnaître, d'ailleurs, que les inoculations préventives, avec des virus *spontanément* atténués, ont été pratiquées à différentes époques et dans différents pays, dans le but de circonscrire les ravages de certaines épizooties. Or M. Pasteur a précisément le mérite d'avoir découvert une méthode qui lui permet de régler à sa guise la virulence du liquide destiné aux inoculations vaccinales, de la doser, en quelque sorte, comme on dose une substance médicamenteuse, suivant la tolérance et l'état du malade et les effets à obtenir.

On doit regretter d'ailleurs que M. Pasteur n'ait pas jugé opportun de révéler ces détails en même temps qu'il entretenait l'Académie d'expériences qu'il considérait comme absolument concluantes. Il eut prévenu ainsi les objections adressées de divers côtés à sa dernière communication.

Quand M. Depaul et d'autres membres de l'Académie réclamaient un peu moins de précipitation à juger de l'infaillibilité d'une méthode par les résultats d'expériences qui ne remontent pas à plus de quatre semaines, ne traduisait-il pas le sentiment de tous ceux qui, instruits par une longue expérience des choses de la médecine, se défient des déboires engendrés par les enthousiasmes précoces ? Et M. Bouley de lui répondre ; mais M. Pasteur est trop jaloux de sa gloire

pour avancer des choses dont il n'est pas absolument sûr ; il possède dans son laboratoire des moutons vaccinés depuis plus d'un an, et qui jouissent encore de l'immunité contre le charbon. Pourquoi taire à l'Académie des renseignements qui étaient tout à fait de circonstance au moment de la dernière communication de M. Pasteur ?

M. J. Guérin, a cru devoir rappeler à M. Bouley que lui-même avait fait part, dans la séance du 6 juillet 1880, de la découverte, par M. Toussaint, d'un procédé pour conférer aux animaux l'immunité vaccinale contre le charbon. Aujourd'hui la découverte de M. Toussaint semble s'effacer devant celle de M. Pasteur. M. J. Guérin, avait-il tort de réclamer un peu de lumière, en faisant remarquer que si le procédé de M. Toussaint, bon il y a six mois, a cessé de l'être depuis que M. Pasteur a fait connaître le sien, pareilles vicissitudes étaient à craindre pour la découverte nouvelle. Et c'est alors que M. Bouley a appris à l'Académie que le procédé de M. Toussaint est encore ce qu'il était il y a six mois, un procédé aléatoire qui consiste à pratiquer les inoculations préventives avec du sang charbonneux préalablement défibriné et soumis pendant vingt minutes à l'action d'une température de 55°. L'inoculation du liquide ainsi obtenu confère aux animaux l'immunité contre le charbon, mais elle n'est pas toujours inoffensive et elle a donné, un certain nombre de fois, des résultats fâcheux. M. Bouley a signalé, en passant, d'autre procédés de vaccination, imaginés par des expérimentateurs de Lyon (1). Eh bien nous le répétons, toutes ces explications n'eussent pas été de trop dans l'avant-dernière séance de l'Académie pour édifier les esprits septiques sur l'efficacité durable des inoculations préventives telles que les pratique M. Pasteur.—(*Gazette Médicale de Paris.*—No. 26—25 Juin 1881.

---

(1) Voir plus loin le compte rendu de l'Académie des sciences.

De la médication phéniquée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a quelques mois, M. Desplats, professeur à la Faculté libre de Lille, faisait à l'Académie de médecine (1) une communication sur le traitement de la fièvre typhoïde par la médication phéniquée. L'auteur de cette communication vantait les bons résultats qu'il avait retirés de l'action antipyrétique du phénol administré en potion et en lavement à des doses souvent considérables, car tel malade avait absorbé dans les vingt-quatre heures jusqu'à 6, 8 et 12 gr. d'une substance dont l'action toxique n'a peut-être pas assez attiré l'attention des médecins. Ce qui me frappa le plus dans les révélations de M. Desplats, ce fut de l'entendre dire que de pareilles doses d'acide phénique n'avaient jamais occasionné d'accidents sérieux chez les dothiénentériques traités par lui. Dans ce journal (2), j'ai relevé, il y a environ deux ans, un nombre assez respectable de cas d'intoxication phéniquée d'origine chirurgicale, publiés par des observateurs allemands, et je me rappelais parfaitement que l'une ou l'autre fois un empoisonnement grave avait succédé à l'incorporation de doses qui ne dépassaient pas sensiblement celles prescrites par M. Desplats à plusieurs de ses dothiénentériques.

Un de nos confrères de l'armée, M. Claudot, dans un mémoire adressé récemment à la Société de médecine de Lyon et traitant de l'action antipyrétique des lavements phéniqués, concluait également à l'efficacité de la phénothérapie antipyrétique dans la fièvre typhoïde. Cette fois encore je fus surpris en apprenant que des malades avaient absorbé sans inconvénient grave six grammes d'acide phénique par jour, et jusqu'à soixante-quinze grammes dans le cours de la maladie.

La lecture de la remarquable communication de M. Raymond sur les effets de la médication phéniquée dans le traitement des fièvres, que nos lecteurs trouveront plus loin, m'a

(1) Séance du 8 septembre 1880.

(2) Voir *Gazette Médicale*, 1879, numéros 27, 31 et 33.

confirmé dans ma surprise qu'elle justifie. M. Raymond, qui est à la fois un clinicien consommé et un physiologiste élevé à bonne école, a procédé avec méthode et prudence, et il a réussi à obtenir, avec des doses très faibles et parfaitement inoffensives (un lavement contenant vingt-cinq centigrammes d'acide phénique, matin et soir, et cinquante centigrammes d'acide phénique en pilules) des effets antipyrétiques aussi puissants que ceux annoncés par M. Desplats et M. Claudot. Et il ajoute qu'en augmentant les doses, en administrant cinquante centigrammes d'acide phénique par lavement, et en doublant le nombre des pilules, au total trois grammes d'acide phénique par jour, il s'est bien trouvé de l'emploi de ces doses chez un certain nombre de malades, tandis que chez d'autres il a vu se développer de l'hypothermie (35°), de la torpeur, des vomissements, des frissons généralisés, des convulsions, etc., *en un mot, tous les signes d'un véritable empoisonnement.* Que penser après cela de l'innocuité des doses mentionnées plus haut ? Un élève de M. Desplats, M. Van Oye, qui a consigné, dans sa thèse inaugurale, les faits recueillis dans le service de son maître et relatifs à l'action anti-pyrétique du phénol, va nous l'apprendre. Chez dix des malades traités par M. Desplats se déclarèrent des vomissements répétés, à une période de la fièvre typhoïde où ce genre d'accidents est chose insolite, c'est-à-dire entre le cinquième et le onzième jour ; quatre autres tombèrent dans le collapsus ; trois furent pris de polyurie pendant la convalescence ; chez un autre il se développa de l'albuminurie dans le cours du traitement ; un autre eut une véritable attaque d'éclampsie qui dura dix à douze minutes, or les accidents convulsifs ainsi que les complications rénales ont été notées par les auteurs allemands parmi les accidents de l'intoxication phéniquée. Enfin, d'après M. Van Oye, les congestions pulmonaires seraient surtout " le danger à craindre et à éviter."

Il est vrai, ajoute M. Desplats, que les malades guérissent malgré ces complications. Mais dans quelle proportion guérissent-ils ? Sur 36 dothiénentériques traités par la médica-

tion phéniquée, M. Desplats en a perdu 7, ce qui porte le chiffre de la mortalité à 17 o/o, résultat qui n'a rien de bien brillant. On ne nous contestera pas d'ailleurs que le traitement phéniqué tel que le formule M. Desplats, un des élèves les plus distingués de l'Ecole de Paris, peut, entre des mains moins expérimentées, engendrer les mécomptes les plus durs. Car, aux doses proconisées par M. Desplats, il ne sera pas facile au premier médecin venu de toujonrs fixer, comme le recommande M. Van Oye, la ligne de démarcation entre les effets toxiques du phénol et ses eflets thérapeutiques. A ce propos, je crois devoir rappeler à ceux qui seraient tentés d'expérimenter la valeur antipyrétique du phénol chez les enfants, que le jeune âge constitue une circonstance adjuvante au développement de l'intoxication phéniquée : c'est au point qu'un chirurgien comme von Langenbeck, frappé de la facilité avec laquelle se développent des accidents toxiques à la suite de l'application du pansement de Lister chez les enfants, s'est décidé à ne plus employer, chez ces derniers, que des pansements au thymol et à l'acide salicylique. Et même chez l'adulte, Kuster, entre autres, a démontré que si, dans les circonstances physiologiques, il était nécessaire de faire absorber à un homme du poids de 69 kilogrammes vingt grammes d'acide phénique pour développer une intoxication grave, *trois grammes suffisaient lorsqu'on s'adresse à un sujet plongé dans le marasme ou épuisé par des hémorrhagies.*

Pour toutes ces raisons, on ne saurait trop applaudir à la conduite si prudente de M. Raymond qui fait voir les dangers de la médication phéniquée à côté de ses avantages, indique le remède aux accidents que peut faire naître le phénol même lorsqu'il est donné à doses modérées, ne demande à cette médication que ce qu'elle peut donner et s'exprime avec une réserve vraiment louable sur la portée de ses propres recherches. Si l'acide phénique est un antipyrétique puissant, son action est essentiellement éphémère, et on ne saurait en faire un spécifique de la dothiénentérie dont l'emploi de la médication phéniquée abrège la durée " non en

tant que fièvre, mais bien en tant que convalescence." Cette médication répond donc à une seule indication, à celle qui réside dans les dangers de l'hyperthermie. Et, à ce sujet, il y a un contraste frappant à établir entre les effets thérapeutiques du phénol, qui consistent dans une réfrigération des organes profonds (35°) avec accélération de la circulation périphérique attestée par la chaleur de la peau et les sueurs profuses, et l'état dans lequel l'hyperthermie jette beaucoup de dothiénentériques au moment où la température interne s'élève jusqu'à 42° et où le pouls est imperceptible et fuyant, tandis que les extrémités et la peau sont refroidies et la face cyanosée.

Reste à savoir jusqu'à quel point il peut être avantageux d'insister sur cette médication et de faire passer un dothiénenthérique par des alternatives incessantes d'hypo et d'hyperthermie. Car s'il est facile d'obtenir avec l'acide phénique un abaissemeni de température de 3°, celle-ci se relève bien tôt pour dépasser souvent son niveau primitif. " Plusieurs fois, déclare M. Desplats, nous avons constaté en moins de deux heures des ascensions de 3 à 4 degrés. Ces ascensions brusques s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui ressemblent, à s'y méprendre, au stade de frisson de la fièvre intermittente ; les extrémités sont froides et décolorées, le nez est pincé, les lèvres sont bleuâtres, la face grippée ; tout le corps est agité d'un tremblement qui s'accroît au moindre contact ou dès qu'on soulève les couvertures. Pendant que dure le frisson, qui se prolonge quelquefois une heure et une heure et demie, la température s'élève rapidement et atteint habituellement un degré supérieur à celui qu'elle avait avant le début du traitement." Voilà de quoi étouffer tout enthousiasme prématuré, et M. Raymond n'avait que trop raison de réclamer des milliers de faits bien observés avant d'asseoir son jugement sur la valeur de la médication phéniquée dans le traitement d'une maladie comme la fièvre typhoïde, si variable dans sa marche et sa gravité, d'un sujet à l'autre.

E. RICKLIN.

—*Gazette Médicale de Paris*, No. 30—23 juillet 1881.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de la fièvre typhoïde et autres affections infectieuses par la médication phéniquée simple ou associée au phénate de soude, par M. Raymond, agrégé à la Faculté de médecine. (Communication faite à la Société de Biologie, séance du 9 juillet 1881.)

Les théories modernes sur la genèse des maladies infectieuses permettent de supposer qu'elles sont le résultat de l'action de microbes qui envahissent l'organisme en se localisant plus spécialement, suivant les affections, en certaines régions ; peut-être en est-il ainsi pour la fièvre typhoïde. En rapport avec cette idée, il se fait un grand mouvement thérapeutique aujourd'hui, en France et à l'étranger, en faveur de la médication dite *antiseptique*.

Parmi les agents qui ont été préconisés, un de ceux qui occupent le premier rang est à coup sûr l'acide phénique. Son mode d'emploi, son action physiologique et thérapeutique ont été beaucoup étudiés, mais on n'est pas d'accord sur le mode d'administration, ni sur les doses à prescrire, et certains auteurs n'ont pas craint de conseiller son emploi à doses massives : 8, 10, 12 grammes, même. Dans mon service, à l'hôpital Tenon, j'ai fait un grand nombre d'essais médicamenteux de cette substance ; je désire communiquer, aujourd'hui à la Société de biologie, le résultat de ces recherches.

J'ai employé l'acide phénique à l'intérieur, sous trois formes : ou bien en pilules ou en lavements, ou en solution pour injection, dans les grandes cavités, cavités pleurales ; à l'extérieur, pour lotion de malades atteints de fièvres typhoïdes, d'érysipéles, de pleurésies purulentes, de tuberculoses, avec température de 40° et plus.

I. — Dans une première série de malades, malades *atteints de fièvres thyphoïdes graves*, j'ai commencé par faire donner deux lavements, contenant chacun vingt-cinq centigrammes d'acide phénique, un le matin, un le soir. En même temps, je faissais prendre, dans la journée, à l'intérieur, cinq pilules de dix centigrammes d'acide phénique, une toutes les deux

heures. J'ajoutai à ces médicaments du bouillon comme aliment et de l'eau vineuse comme boisson.

Au bout de quelques jours, je fis employer des lavements contenant 50 centigrammes d'acide phénique, et je doublai également, pour quelques malades, le nombre de pilules.

Les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante : l'abaissement de température est déjà manifeste un quart d'heure après l'administration du lavement, mais il n'est, au bout de ce temps, que de quelques dixièmes de degrés, cinq ou six au plus. Une heure après le lavement, la température est de un degré plus basse ; deux heures après, elle s'abaisse encore de un degré ; trois heures après, on note encore un nouvel abaissement de quatre à cinq dixièmes de degrés. Donc, dans les trois heures qui suivent l'administration de chaque lavement phéniqué, on obtient facilement un abaissement de température de trois degrés. (Ces résultats ont été obtenus avec les lavements à la dose de vingt-cinq centigrammes par lavement et de cinquante centigrammes d'acide phénique à l'intérieur.)

Il faut ajouter que l'abaissement de température ne dure jamais plus de trois heures, et la température observée avant le lavement est rapidement atteinte de nouveau.

Un fait remarquable et qui a été constant dans toutes mes observations, c'est le suivant : les effets que je viens d'indiquer sont bien plus rapides lorsque l'acide phénique a été administré depuis plusieurs jours. Ainsi on obtient un abaissement de un degré, seulement un quart d'heure après l'administration du lavement, lorsqu'il y a trois jours que l'on emploie cette médication, tandis que le premier jour, cet abaissement de un degré n'est constaté qu'une heure après le premier lavement.

Après l'administration du lavement (habituellement au bout de un quart d'heure à une demi-heure) il se produit, très habituellement, une fluxion très marquée du côté de la peau, et rapidement, en quelques minutes, une sudation générale, très abondante, sudation qui débute par la face. On

est obligé de changer les malades jusqu'à deux fois de che mises en un quart d'heure.

A propos de l'apparition de ces sueurs si abondantes, je me suis posé la question de savoir si l'abaissement de température était dû à celles ci. On sait quelle place cette manière de voir tenait dans la théorie humorale. Pour me faire une opinion à cet égard, au moment où les sueurs commençaient à apparaître sous forme de gouttelettes à la surface du visage, je fis des injections sous-cutanées de un demi-milligramme d'atropine, ou de un quart de milligramme de duboisine ; j'arrêtai ainsi complètement la sudation et elle ne se produisit pas du tout les heures consécutives : or, l'*abaissement* de température fut exactement le même. J'ajoute que mes malades supportèrent très bien cette suppression des sueurs. J'ai fait des essais semblables différentes fois, soit dans des fièvres catarrhales, soit dans des fièvres intermittentes, soit dans le cours de rhumatismes articulaires aigus, je n'ai jamais observé d'inconvénients à procéder ainsi.

Comme il a été dit plus haut, j'ai donné à quelques mala des des lavements phéniqués contenant cinquante centigram mes d'acide phénique et, en outre, un gramme d'acide phénique à l'intérieur, en pilules. Pour quelques-uns je me suis bien trouvé de ces doses, mais pour d'autres j'ai eu de l'hypothermie (35°), de la torpeur, des vomissements, des frissons généralisés, des convulsions, etc., en un mot tous les signes d'un véritable empoisonnement. L'acide phénique paraît, dans ces cas, agir comme la strychnine, probablement sur les cellules des cornes antérieures de la moelle ; elle excite les vaisseaux, puis les centres sudoripares, puis, et, en dernier lieu seulement, elle produit des convulsions. Chez ces malades l'urine devient noire, et elle se fonce de plus en plus à mesure qu'elle est exposée à l'action de l'air et de la lumière. Il est trés facile de mettre l'acide phénique en évidence, soit à l'aide de l'acide nitrique, soit par le perchlorure de fer, en procédant comme pour la recherche du salicylate de soude Mais le réactif le plus sensible est l'eau bromée, qui,

d'après M. Méhu, dévoile les moindres traces d'acide phénique. En effet, en versant quelques gouttes d'eau bromée dans un tube contenant de l'urine phéniquée (si légère que soit la quantité d'acide phénique), il se forme un précipité blanchâtre, analogue à celui d'une urine albumineuse traitée par l'acide nitrique ; ce dépôt blanc est, comme nous l'ont appris les chimistes, un tribromo phénol. — Ordinairement les phénoménes de collapsus ne durent que quelques heures, mais l'urine reste noirâtre pendant plusieurs jours, même en supprimant l'emploi de l'acide phénique. Le fait suivant le prouve :

" Chez un jeune homme de 18 ans, ayant une pleurésie purulente, à la suite de l'opération de l'empyême, je fis laver la plèvre avec un demi-litre d'eau phéniquée au 20°. La température qui, le matin, avant l'opération, était de 38° 5, tomba le soir à 35° 5, et en même temps que les phénomènes du collapsus se produisirent, les urines devinrent noires. Ce que voyant, je fis laver la plèvre avec des injections d'eau chaude, contenant en dissolution de l'acide borique, et je cherchai à réchauffer le malade avec du café, de la potion de Todd, etc. J'ordonnai également la potion suivante :

Sulfate de soude.........	5 grammes
Eau distilée...............	125 "
Sirop de framboises......	25 "

Comme on le sait, le sulfate de soude est regardé comme le contre poison de l'acide phénique. Sous l'influence de ce traitement, le lendemain matin la température était de 36° le soir de 37° 3. Depuis lors la température oscille entre 37° et 37° 4. Mais l'eau bromée, sept jours après la cessation de l'emploi de l'acide phénique en lavage, montre encore des traces de celui-ci dans les urines.

Ces accidents de collapsus me ramenèrent à mes premières formules, et vraiment je ne puis comprendre comment certains auteurs ont conseillé 8, 10 et 12 grammes d'acide phénique à l'intérieur, soit en lavement, soit en potion.

Je dois ajouter que chez un de mes malades, atteint d'une

fièvre typhoïde très grave, j'eus un jour une péritonite par perforation cæcale. Je crois qu'il n'y eut là qu'une simple coïncidence ; malgré cela je résolus d'abandonner l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur, administré en pilules.

II. — Depuis lors je me contentai de faire donner des lavements phéniqués, deux par jour, un le matin, un le soir, chaque lavement contenait vingt-cinq centigrammes d'acide phénique. J'eus connaissance, à ce moment, des essais faits par mon collègue Hallopeau, avec le salicylate de soude, le sulfate de quinine, etc. Je résolus, à l'exemple de M. Vulpian, de me servir, pour remplacer l'acide phénique à l'intérieur, du phénate de soude, à la dose de un gramme cinquante, dans une potion administrée en 24 heures. Je me cententerai de dire que, d'après mes observations, ce médicament, associé à l'acide phénique en lavement, me parait très bien convenir. Il n'expose pas aux dangers du collapsus, lorsqu'on le manie avec attention. ni aux perforations, etc., et il donne exactement les mêmes résultats, relativement à l'abaissement de température, que l'acide phénique en pilules, à la dose de cinquante centigrammes.

III. — Quels ont été les résultats généraux de ces deux médications, médication phéniquée simple et médication phéniquée associée au phénate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde ? Ces résultats ont été bons, en ce sens que la maladie paraît avoir été abrégée sensiblement dans sa durée, non en tant que fièvre, mais bien en tant que convalescence, en ce sens que celle-ci m'a toujours paru beaucoup plus courte que dans les fièvres typhoïdes abandonnées à elles-mêmes, ou traitées par les moyens ordinaires. Ces résultats sont donc à inscrire à côté de ceux obtenus par MM, Jaccoud, Vulpian, Hallopeau, Glénard, etc. Mais je me hâte d'ajouter qu'avec une maladie aussi singulière dans sa marche que la fièvre typhoïde, il faut des milliers de faits *bien observés*, très minutieusement suivis, pour juger de la valeur d'une médication. Il est bien certain que cette médication est rationnelle, si l'on suppose, ce qui pourrait bien être la vérité,

que la fièvre typhoïde, maladie infectieuse, est le résultat de l'action des microbes, encore indéterminés, qui parraissent siéger surtout dans l'intestin grêle et le cœcum.

IV. — La même médication a été appliquée au traitement d'*érysipèles graves*, et elle a donné les meilleurs résultats. Dans ces cas, non seulement je faisais donner des lavements phéniqués et administrer le phénate de soude à l'intérieur, mais encore, deux fois par jour, lavais la surface de la plaque érysipélateuse avec une solution phéniquée au cinquantième. Dans deux cas, en particulier, l'érysipèle, soigné à partir du deuxième jour du développement de la maladie, n'a duré que six jours.

Il faut, à propos de l'érysipèle, faire les mêmes réserves qu'à propos de la fièvre typhoïde. Les cas sont-ils tous comparables entre eux, je ne le crois pas, et il y a certainement des différences absolues entre les érysipèles, épiphénomènes de maladies générales, et ceux qui véritablemeat paraissent traduire une infection de l'économ ie. Je me borne, pour le moment, à rappeler ces faits, si bien étudiés par M. Marrotte.

V. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, j'ai aussi employé la médication phéniquée dans des cas de tuberculose. J'avais un grand nombre de phthisiques dans mon service, et je choisis ceux dont la température était à peu près constante, à 40° environ. Je n'ai pas obtenu de résultats bien positifs, en ce sens que l'abaissement de température ne durait pas ; il a toujours été extrêmement fugace, à peine de quelques minutes. J'ai voulu voir si les inspirations d'acide phénique réussiraient mieux ; je n'ai pas été plus heureux, et cependant, dans des cas de coqueluche, j'avais obtenu, comme d'autres auteurs, en faisant inspirer des solutians phéniquées, de très bons résultats. Malgré ces expériences négatives, en ce qui concerne la tuberculose, je suis convaincu qu'il y a là un mode de traitement à chercher, surtout au début de la maladie et avant la fonte du parenchyme pulmonaire ; c'est aussi ce qu'a signalé M. le professeur Bouchard, qui s'est occupé de la question.

Tels sont les faits qui m'ont paru dignes d'être communiqués à la Société. — (*Gazette Médicale de Paris*, No. 30 — 23 Juillet 1881.)

BIBLIOGRAPHIES

Précis de manuel opératoire. par L. H. Farabeuf. — *Ligatures.* — *Amputations.* — Paris, G. Masson, 1881.

Je suis en retard avec l'analyse de ce *Précis de manuel opératoire*, comme l'intitule son auteur, et j'avoue franchement que j'ai reculé plusieurs fois au moment d'aborder cette tâche. Ce livre, en effet, ne s'analyse pas et ne peut s'analyser : le lecteur ne saura rien de plus qu'auparavant quand j'aurai signalé à son attention la succession, les titres et sous-titres des chapitres, quand je lui aurai dit qu'une première partie traite des *généralités*, qu'une seconde s'occupe des *amputations* en particulier et que ces deux parties comprennent de nombreuses subdivisions.

Je ne puis davantage suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés à sa pensée, dans toutes les considérations qui lui font préférer tel procédé à tel autre. Je ne pourrais pas non plus passer en revue avec lui les méthodes anciennes abandonnées, les méthodes de choix et les procédés d'élection, ni en retracer l'exécution; ce ne serait là qu'une œuvre de seconde main, forcément écourtée et perdant toute saveur après une digestion artificielle.

J'abandonne à dessein toute cette partie analytique pure ; des extraits de l'ouvrage aussi étendus que possible ne pourraient donner aucune idée de la multiplicité des détails, de la richesse des faits, de la clarté des explications qui constituent l'histoire de chaque amputation. L'auteur a bien des fois répété et fait répéter les procédés qu'il préconise, et ce n'est qu'à bon escient qu'il recommande non seulement tel procédé mais telle attitude ou tel temps, destinés l'un ou l'autre à faciliter le manuel opératoire.

Tout cela ne s'analyse pas ; le seul point que je voudrais faire ressortir ici, c'est l'*esprit* qui a présidé à l'élaboration de ce traité ; c'est la différence qui sépare cette œuvre des autres traités de médecine opératoire.

Si l'on pouvait, par la pensée, approcher les *généralités* de la première partie des *détails techniques* de la seconde, si l'on pouvait superposer à telle ou telle amputation les principes généraux qui doivent présider à toute opération de ce genre, on aurait, à mon sens, atteint en un seul instant le but que se propose de nous faire toucher l'auteur, *la réalisation d'un résultat utile*, avec le minimun de dangers à faire courir à l'opéré. Le résultat utile, c'est la confection d'un bon moignon, le minimum de dangers, c'est l'économie du sang, c'est la diminution des surfaces suppurantes, c'est l'obtention, si possible, de la réunion immédiate.

Aussi, l'ouvrage débute-t-il par un ensemble de données que l'on chercherait vainement autre part ; M. Farabeuf, dans un langage pittoresque, s'efforce d'y montrer au tailleur de moignons :

1o le modèle, le *moignon cicatrisé, indolent et utile*, à imiter ; puis le *moignon conique, douloureux et impotent*, à éviter ;

2o La matière première et ses qualités, c'est-à-dire *les chairs et les os*, leurs habitudes physiologiques et pathologiques ;

2o *Les diverses méthodes de la coupe*, classées d'après les diverses formes de moignons, formes requises par le genre de travail que fera la partie mutilée.

Se plaçant toujours au point de vue de l'utilité du moignon et des fonctions qu'il doit remplir, Farabeuf admet que la caractéristique d'un moignon ne se trouve ni dans son indolence, ni dans sa régularité, ni dans sa charnure, mais qu'elle réside essentiellement *dans la situation de la cicatrice* relativement à l'extrémité des os, et, comme il dépend de l'opérateur de placer la cicatrice où il veut, par la connaissance des propriétés des chairs de la région et par leur section faite en conséquence, il propose de ranger les moignons en trois séries répondant à trois systèmes d'amputation qu'il appelle :

Système des amputations à cicatrice *terminale* :
Système des amputations à cicatrice *latérale* ;
Système des amputations à cicatrice *termino-latérale* ;
Ce qui revient à désigner par leurs résultats, après cicatrisation, la méthode circulaire, la méthode à lambeau unique, la méthode ovalaire et la méthode à deux lambeaux.

L'exposé de chacune de ces méthodes comprend, pour la section de la peau et des muscles, pour la taille des lambeaux un certain nombre de préceptes longuement détaillés et rendus frappants aux yeux par une grande quantité de figures excellentes, montrant les divers temps de l'opération.

Puis, les qualités et le choix des instruments nécessaires à une amputation, les divers procédés pour assurer l'hémostase, pendant et après l'opération ; enfin la description d'une amputation avec les précautions préliminaires, le rôle des aides, les soins consécutifs, terminent ces *généralités*, que nous n'avons pas la prétention d'avoir analysées dans ces quelques lignes.

Bien des différences pourraient déjà être relevées dans cette première partie de l'ouvrage qui le distinguent nettement des autres traités du même genre, à savoir *le pourquoi* de telle ou telle méthode, l'exposé de ses avantages et de ses inconvénients, l'étude de ses résultats, moins au point de vue de la mortalité, dont les éléments statistiques d'appréciation sont trop difficiles à réunir, qu'au point de vue des fonctions consécutives, enfin la préoccupation constante de l'auteur à rattacher la confection des moignons à la physiologie pathologique de la plaie d'amputation

La deuxième partie qui traite des *amputations en particulier* ne saurait davantage se prêter à une tentative d'analyse.

M. Farabeuf, rompu à toutes les difficultés et à toutes les finesses du métier, y fait largement profiter le lecteur de son expérience. On peut au hasard prendre dans le livre n'importe quelle opération, et l'on est sûr de ne pas éprouver de déception en l'absence d'un détail omis ou d'un conseil négligé : tout y est prévu, la position de l'opérateur, de l'opéré, le

choix de l'instrument, le rôle de chaque main, etc. Disons en passant que M. Farabeuf, avec raison à notre sens, fait jouer un rôle considérable à la main gauche, qui devient ainsi un auxiliaire puissant de la droite et dont l'importance dans bien des cas lui est certainement égale.

Le plan suivi est le même pour toutes les opérations : les *indications*, les *usages du moignon*, le *choix des procédés*, la *taille des parties molles*, les *interlignes articulaires*, sont successivement passés en revue ; puis suit la description des procédés. Les développements les plus circonstanciés sont donnés aux procédés *de choix*, à ceux que l'on doit exécuter quand on n'a pas la main forcée, quand l'état des parties n'impose pas l'obligation de s'adresser à l'un des procédés de *nécessité*.

Pour quelques opérations importantes (désarticulation de la cuisse et de l'épaule), M. Farabeuf a réuni dans un *petit atlas historique* les divers procédés les plus intéressants, exécutés ou restés à l'état de projet. Les figures, très heureusement réussies, en disent plus que de longues descriptions et nous donnent ainsi en quelques pages le résumé des essais et tentatives opératoires dont ces régions ont été le siège.

Me voici ainsi amené à parler des innombrables figures de l'ouvrage ; je puis dire sans exagération qu'elles en constituent une des parties les plus originales. L'auteur, aussi habile à manier le crayon que le couteau, n'a pas craint de dessiner lui-même toutes ses planches, et il n'a guère regardé à sa peine. Les détails anatomiques délicats, les interlignes articulaires difficiles à ouvrir, les régions où l'artère principale est indispensable à la vitalité du lambeau, les ligaments qui donnent la clef de l'articulation, ont été dessinés d'après nature. Mais c'est surtout pour l'exécution de chaque procédé que les figures se multiplient et que chaque détail opératoire est fidèlement représenté. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de montrer le résultat obtenu, mais de faire voir comment on l'obtient, de tracer la position de la main à tel moment, celle du couteau, la manière de tailler la peau et les muscles, d'attaquer les ligaments, en un mot de reproduire

les diverses scènes de l'acte opératoire. Aussi, pour un chirurgien déjà exercé, il suffira dans bien des cas de jeter les yeux sur ces figures pour se retracer en un instant tous les détails d'une opération. C'est par là, du reste, que je termine ce compte rendu : un livre aussi sagement conçu, aussi mûrement réfléchi, d'une exécution aussi irréprochable dans ses détails, ne saurait être considéré comme un simple traité de manuel opératoire ; c'est un livre de *chirurgie opératoire*, et à ce titre il s'adresse plus encore aux chirurgiens qu'aux élèves.

G. BOUILLEY.

—(*Gazette Médicale de Paris*, 2 juillet 1881.)

---

1. ABCÈS FROIDS ET TUBERCULOSE OSSEUSE, par M. le docteur LANNELONGUE, chirurgien de l'hôpital Trousseau. In-8° de 186 pages, avec figures dans le texte et 12 planches en chromo lithographie. Paris, Asselin et Cie. éditeurs.

Le remarquable mémoire de M. Tannelongue comporte un véritable progrès au triple point de vue de l'anatomie pathologique des abcès froids, des rapports intimes qui unissent la tuberculose et la scrofule, et surtout de la thérapeutique chirurgicale.

S'inspirant des travaux antérieurs de l'école de Saint-Louis, des études de Josias et de Brissaud sur les gommes scrofuleuses, et utilisant les riches matériaux de son service d'hôpital, l'auteur nous décrit d'une façon magistrale l'histoire des abcès froids dont il a complété l'étude naguère si imparfaite.

L'histoire de l'évolution clinique de l'abcès froid laissait en vérité peu à désirer. Déjà Boyer, dans son traité, avait parfaitement fait ressortir les diverses phases du processus, depuis la période d'induration, qui lui avait paru si importante, qu'il en avait introduit la notion dans sa définition.

Mais le grand chirurgien en était resté là. Quelle est cette induration, quelle est la pathogénie de l'abcès et son anato-

mie pathologique, ce sont les recherches contemporaines qui devaient répondre à ce désidératum.

Déjà l'école de Saint-Louis avait donné la clef de ces suppurations dans les petites saillies nodulaires sous-cutanées, et la connaissance des gommes scrofuleuses, que nous devons aux travaux de Josias et Brissaud, constitua un très sérieux progrès.

Pour ces auteurs, la gomme scrofuleuse n'est qu'une masse tuberculeuse et l'abcès qui en découle est le produit de son ramollissement.

M. Lannelongue, reprenant la question en sous-œuvre et l'élargissant dans ses bases, applique ce processus pathogénique aux grands abcès froids du tissu cellulaire aux abcès circonvoisins de Gerdy qu'il dénomme concomitants et aux abcès osseux eux-mêmes.

Pour l'auteur, l'induration primitive de Boyer est une masse tuberculeuse qui se ramollit par le processus ordinaire et produit l'abcès froid.

La membrane pyogénique de Delpech, infiltrée de tubercules, produit incessamment du pus par le ramollissement des éléments qui la constituent, mais elle n'est pas, comme le pensait le chirurgien de Montpellier, l'unique cause de la suppuration, elle n'est que la membrane limitante de la caverne tuberculeuse où la suppuration s'est faite bien avant sa formation.

Voilà, dans son ensemble, l'œuvre de Lannelongue.

Il relie ensemble dans un même processus pathogénique les trois formes d'abcès froids précités, en fait des manifestations parallèles de la tuberculose, et il les sépare de la sorte d'une façon absolue des abcès chauds, qui semblaient jusqu'à présent ne s'en distinguer que par les phénomènes thermiques dont ils sont le siège.

Mais il ne faudrait pas croire que là se borne l'intérêt de de ce travail et nous verrons, en étudiant chaque chapître, les points intéressants que l'auteur met à chaque pas en re-

lief au sujet de l'anatomie pathologique de ces abcès qu'il voudrait voir appeler désormais : abcès tuberculeux.

On conçoit ce que cette notion pathogénique a d'intéressant au point de vue de la thérapeutique générale.

En effet, les révulsifs cutanés et l'expectation d'une part, la ponction, l'ouverture simple ou associée au drainage, ne peuvent plus désormais suffire à ces productions néoplasiques qui engendrent le pus ; il faut une intervention plus radicale, et M. Lannelongue propose l'extirpation, la décortication ou le râclage, nouvelle méthode déjà proposée par Malgaigne et Verneuil pour la tuberculose testiculaire, et que M, le professeur Trélat, qni s'en servait depuis plusieurs années déjà, vient de défendre avec tout le talent de sa parole au dernier congrès d'Alger.

Disons enfin que la connaissance de ces abcès tuberculeux étend davantage le champ des tuberculoses périphériqnes et locales dont l'étude avait été jusqu'ici limitée aux organes génitaux et à la langue.

Chaque jour le nombre des manifestations périphériques de la scrofule semble diminuer en rentrant dans le domaine des tuberculoses locales. Peut-être un jour l'assimilation sera-t-elle complète, mais nous ne pouvons qne signaler le fait sans y insister davantage.

L'ouvrage de M. Lannelongue est divisé en trois parties principales, où il étudie successivement l'abcès froid proprement dit, les abcès concomitants et la tuberculose osseuse.

Dans la première partie (abcès froids proprement dits), l'auteur étudie d'une façon très complète l'anatomie pathologique de ces abcès.

Sans vouloir le suivre dans tous ses détails, nous mettrons en relief les points les plus importants.

Pour lui, l'abcès n'est qu'une tumeur secondaire ; la paroi, au contraire, est tout : c'est une membrane active, siége de la néoplasie tuberculeuse. Aussi l'étudie-t-il dans ses moindres détails.

La surface externe nous occupera seulement, en raison de

l'importance des données nouvelles qui s'y rattachent ; loin de présenter un simple rapport de contiguité avec les organes voisins, la paroi leur est reliée, au contraire, dès le début, par un nombre infini de liens vasculaires beaucoup plus visibles qu'à l'état normal. A un degré plus avancé, cette surface présente " de petits prolongements coniques ou conoïdes " véritables bourgeons comparables aux végétations molles " des plaies ; ces végétations extérieures suivent d'habitude " les vaisseaux et pénètrent dans les organes circonvoisins." Ces prolongements semblent " comme les premières travées directrices de l'envahissement des parties éloignées."

Ce mécanisme, très accentué dans les abcès par congestion, indique donc qu'il n'y a rien de passif dans la migration de ces abcès ; c'est, dit l'auteur, " un acte vital et essentiel, " antérieur au surplus à l'existense du liquide dans la cavité ", et " caractérisé par une véritable propagation qui n'est " pas due à un travail de substitution ou de destruction ", mais bien par un envahissement de la néoplasie embryonnaire au milieu de laquelle se forment les follicules et les nodules tuberculeux.

Pour lui, la distension, l'influence de la pesanteur, ne sont que secondaires,

Le chapitre relatif à l'étude microscopique est fort intéressant.

L'auteur nous montre, dans une description très complète et à l'aide de fort belles planches, ce double travail de prolifération et d'organisation, d'une part, de désagrégation et de destruction, d'autre part, d'où résulte l'augmentation de volume du contenu, et qui a eu son point de départ dans la tumeur primitive, qui n'est qu'un simple agrégat de tubercules élémentaires..

Dans un chapitre, l'auteur examine le contenu de la poche, qu'il sépare complètement du pus normal.

Les leucocytes ne constituent pour les liquides des abcès froids qu'une faible partie de la masse, encore sont-ils dépourvus de noyaux et de forme irrégulière ; au contraire,

ce liquide est riche en matière granuleuse, en débris de cel- lules, en corps gras, etc., ce qui achève de le distinguer du pus ordinaire.

Dans les chapitres suivants, l'auteur étudie avec le plus grand soin l'évolution clinique de ces abcès. Nous signalerons en particulier son chapitre relatif à leur transformation kystique, qu'il explique en rappelant " que la paroi possède " tous les éléments anatomiques pour subir une transforma- " tion cellulo fibreuse ".

M. Lannelongue consacre aussi quelques pages à la température locale des abcès tuberculeux qui lui a fourni des résultats en contradiction avec l'opinion qu'on s'était faite jusqu'alors sur l'absence totale d'élévation thermique à leur niveau.

Cette première partie se termine par un chapitre fort intéressant sur les indications thérapeuthiques qui découlent des notions anatomo-pathologiques précédemment exposées, et par une série de 25 observations fort instructives et très probantes.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les deux dernières parties de l'ouvrage, plus courtes, mais non moins intéressantes.

L'auteur y met en relief ce point important, selon nous, que l'abcès concomitant survient dans le cours des affections tuberculeuses des os comme manifestation périphérique de la tuberculose, au même titre que les lésions viscérales de même ordre.

Dans son chapitre sur la tuberculose osseuse, il montre encore l'abcès ossifluent, sessile ou migrateur, comme le résultat, non pas de la lésion osseuse, mais bien d'une lésion secondaire de même ordre, née à la vérité sous son influence, mais indépendante et marchant selon le processus indiqué plus haut.

Il en résulte cette donnée importante au point de vue thérapeutique, qu'il ne s'agit pas dans les cas de ce genre de s'attaquer uniquement à la lésion osseuse, mais bien aussi

sous peine de récidive, à la néoplasie secondaire des parties molles.

Disons enfin qu'une série d'observations termine encore la dernière partie de ce mémoire, à laquelle se trouve annexée des analyses chimiques du pus d'abcès froids, dues à M. Villejean, pharmacien de Sainte-Eugénie, qui viennent confirmer les différences physiques signalées par l'auteur avec le pus d'ori ine inflamatoire —(*Gazette médical de Paris*, No. 30 — 23 Juillet 1881.)

Dr. Piqué.

I.—Traité clinique et pratique des maladies mentales, par le docteur J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, avec 27 figures intercalées dans le texte et 10 planches coloriées et photomicrographiques.—Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1881.

Il n'est pas de Traité de pathologie plus logiquement conçu que celui où se trouvent étudiées, avant ses déviations maladives, la constitution anatomique et le fonctionnement normal de chaque organe. Cette sorte de trilogie médicale, qui envisage un appareil dans ses trois grandes modalités : sa structure, sa vie, sa souffrance, constitue pour l'esprit la méthode d'étude la plus précise et la plus fructueuse.

Nous sommes loin de prétendre qu'un Traité général de pathologie doive être un vaste compendium, réunissant tout ce qui a trait à chacune des fonctions de l'économie au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique. Une telle œuvre ne serait que chaos et confusion, à moins d'être soumise à des divisions multiples. Mais ce qui n'est pas applicable aux traités généraux de pathologie l'est parfaitement aux traités spéciaux. Il n'est plus aujourd'hui d'ouvrage sur l'obstétrique, où l'on ne trouve, comme une introduction nécessaire à l'étude des accouchements, la description plus ou moins complète de la structure et du fonctionnement des organes génito-urinaires. Ces sortes d'ouvrages, qui forment la monographie, l'histoire complète d'une fonction, n'en sont, par cela même, que plus utiles et que plus précieux.

En ce qui concerne toutefois les maladies mentales, ce groupement des modalités anatomique, physiologique et pathologique des fonctions intellectuelles en un traité spécial présente des difficultés très grandes, pour ne pas dire insurmontables. La psychiâtrie, en effet, en dépit des immenses progrès réalisés depuis un siècle, est une science encore assez mal connue ; et quant à l'anatomie et à la physiologie cérébrales, dont elle relève, personne n'oserait affirmer non plus, qu'elles aient dit leur dernier mot.

Comment songer, avec des données de toutes parts si imparfaites, avec des éléments épars et sans cohésion, à un traité des maladies mentales qui s'appuyât solidement sur le frêle édifice de l'anatomie et de la physiologie cérébrales ?

Pour prétendre à une pareille œuvre, il ne fallait rien moins qu'un triple savant, à la fois anatomiste, physiologiste et aliéniste consommé. J'ai nommé M. Luys. Anatomiste et physiologiste, M. Luys l'était, certes ; ses précédentes recherches sur le cerveau et ses fonctions suffisent amplement à le prouver. Aliéniste, il l'est aussi, non seulement par ses nombreux travaux sur la psychiâtrie, mais aussi, et surtout, par sa longue et constante fréquentation des aliénés depuis près de vingt ans.

L'ouvrage de M. Luys, qui vient de paraître, pourrait donc presque s'appeler : *Traité de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du cerveau*, dans la sphère afférente aux fonctions intellectuelles.

En se plaçant au seul point de vue de l'idée qui a présidé à son exécution, cette œuvre est plus qu'un traité ordinaire des maladies mentales, c'est une tentative puissante et audacieuse qui transporte la psichiâtrie dans le domaine vraiment scientifique, et qui lui marque sa route pour l'avenir.

Au surplus, voici comment M. Luys définit lui-même le plan et le but de son traité.

“ La méthode que j'ai employée dans la manière d'exposer les troubles de la pathologie mentale est toute simple ; elle découle de la nature même des choses qu'il s'agit d'exposer.

" J'ai pris tout d'abord mon point d'appui sur une base toute différente de celles qui avaient servi jusqu'ici à mes devanciers. Loin de faire comme eux des descriptions symptomatiques pures, avec une exactitude et une recherche de détails plus ou moins soignées, je me suis franchement placé sur le terrain fixe de l'anatomie et de la physiologie pratiques ; et j'ai cru que j'étais en mesure, dans ce domaine spécial de la pathologie humaine, de formuler une classification nosologique ayant son point de départ dans une perturbation fonctionnelle des organes intéressés.

" Avant donc d'étudier comment est constitué le cerveau de l'homme qui travaille à faux, de l'aliéné en un mot, il fallait établir, d'une façon aussi complète que possible, comment est constitué le cerveau de l'homme sain qui travaille régulièrement, comment il fonctionne à l'état physiologique, et faire ainsi au préalable une étude régulière de tous les instruments qui servent au développement de l'activité psycho sensorielle.

" Il fallait en outre, une fois ces appareils organiques connus et décrits, se les représenter en action, reconnaître les propriétés vitales dont ils sont doués, ainsi que les forces vives dont ils sont animés. C'est dans cet ordre d'idées que j'ai été amené à créer, pour nous médecins, une physiologie cérébrale pratique et vulgaire, qui n'a rien de transcendant, mais qui a pour elle au moins l'immense avantage de dériver de l'expérience et, jusqu'à meilleure information, de s'appliquer aux faits morbides en servant à les interpréter.

" Ce traité de pathologie mentale est donc divisé naturellement en trois parties qui s'enchaînent les unes aux autres et se prêtent un mutuel appui. C'est l'*anatomie* qui commence ; la *physiologie* qui vient ensuite et se complète par la *pathologie*."

Un mot sur chacune de ces trois parties :

1o La première, consacrée à l'anatomie, contient la description de la structure du cerveau telle que l'auteur l'expose tous les ans au début de ses cours à la Salpêtrière. Elle est

divisée en plusieurs chapitres dans lesquels se trouvent étudiés successivement : 1° Les parties élémentaires du système nerveux ; 2° le développement des parties élémentaires du systéme nerveux ; 3° la structure du cerveau (substance corticale et noyaux centraux) ; 4° la structure de la substance blanche cérébrale ; 5° la morphologie cérébrale ; 6° les méninges ; 7° la circulation cérébrale. Ces descriptions anatomiques sont accompagnées de figures schématiques et de planches photo-micrographiques choisies avec le plus grand soin, et qui montrent pour ainsi dire dans tous ses détails la structure des éléments nerveux.

2° La partie physiologique comprend l'étude des appareils nerveux, précédemment étudiés dans leur rôle dynamiqne.

M. Luys admet pour le [système nerveux trois propriétés fondamentales qu'il étudie successivement et qui sont : 1° la *sensibilité* ; 2° l'*automatisme* ; 3° la *phosphorescence organique*.

1° La *sensibilité* est une propriété histologique en vertu de laquelle la cellule nerveuse entre en conflit avec les incitations ambiantes et s'accommode avec elles. Dans les sphères périphériques du système nerveux, cette sensibilité est accompagnée d'une réaction spéciale d'acquiescement ou de répulsion, suivant que le tissu est agréablement ou désagréablement surpris dans sa sensibilité histologique incidemment excitée. Dans les sphères de l'activité psychique, ce conflit est accompagné d'une réactiou plus intense et d'une sorte d'éréthisme de la cellule en action. C'est l'émotivité qui se développe, phénomène involontaire passivement subi et qui est l'origine première de bien des phénomènes obscurs de la pathologie mentale, ceux, par exemple, dans lesquels on voit les malades rester continuellement émus, dans un état d'anxiété extrême et incapables de comprendre les paroles destinées à les rassurer.

2° L'*automatisme* est cette seconde propriété histologique en vertu de laquelle la cellule nerveuse saisie, commotionnée par l'expression extérieure, soit dans un sens agréable, soit dans un sens désagréable, réagit à la suite et exprime son émotivité latente.

3° Sous le nom de *phosphorescense organique*, M. Luys décrit cette curieuse propriété fondamentale des éléments nerveux, en vertu de laquelle ils gardent emmagasinés en eux-mêmes, comme des corps inorganiques phosphorescents, la trace des vibrations qui les ont primitivement mis en mouvement. Dans le domaine des psychopathies, ces phénomènes, une fois qu'ils sont amplifiés par l'action morbide du substratum organique, sont susceptibles de servir de point de départ à une série de conceptions pathologiques incoercibles.

—Ici se place, dans l'ouvrage, l'étude des modifications apportées dans l'activité des éléments nerveux par l'état de la circulation sanguine, chapitre des plus importants, le plus important, pourrait-on dire, car il a servi de base à l'auteur pour sa classification des maladies mentales. C'est en effet le sang qui fait vivre la cellule nerveuse, c'est lui seul qui domine et réglemente les diverses formes de son activité. Vient-il à affluer vers le cerveau ? Le mouvement vital se développe, et se traduit par l'excitation fonctionnelle. Vient-il, au contraire, à se ralentir ? C'est l'ischémie qui survient, et, avec elle, la paresse fonctionnelle, la dépression. Or, toutes les manifestations morbides de l'intelligence, toutes les maladies mentales se traduisent, en somme, par plus ou par moins, et elles peuvent, en fin de compte, être réduites à l'un de ces deux termes : excitation ou dépression. C'est cette donnée fondamentale qui a servi de base à M. Luys pour édifier sa classification nosologique.

3° Après avoir, en effet, étudié dans des chapitres à part les questions générales de la pathologie mentale, c'est-à-dire l'*étiologie*, la *symptomatologie*, le *pronostic*, le *diagnostic*, l'*anatomie pathologique* et la *thérapeutique*, l'auteur passe à la description des formes morbides elles-mêmes, et le fait d'après la classification suivante :

1° Dans une première section, sont réunies toutes les psychopathies liées à des troubles circulatoires passagers. Ces psychopathies se divisent naturellement en quatre groupes : 1° les *psychopathies hyperthémiques*, subdivisées en *partielles*

ou *généralisées*, suivant que l'hyperthémie cérébrale qui leur donne naissance est *partielle* ou *généralisée* (illusions et hallucinations, manies émotives, manie généralisée) ; 2° les *psychopathies ischémiques partielles* (lypémanies émotives et intellectuelles partielles, lypémanies partielles avec conscience), et *généralisées* (lypémanie géneralisée avec stupeur et inconscience, lypémanies simples généralisées sans délire, stupeur simple) ; 3° les *psychopathies caractérisées par la coexistence, chez le même sujet, de processus hyperthémiques et ischémiques*, (état lypémaniaque avec exaltation des régions hallucinatoires, comprenant le délire mélancolique, le délire des persécutions, la stupeur hallucinatoire, la stupidité) ; 4° *les psychopathies caractérisées par l'alternance, chez le même sujet, de processus hyperhémiques et ischémiques* (folies à double forme, périodiques, circulaires).

2° Dans la deuxième section sont étudiées les *psychopathies liées à des lésions organiques et progressives*, la paralysie générale, l'imbécilité et l'idiotie.

M. Luys a laissé de côté à dessein le chapitre isolé des intoxications en général et de l'intoxication alcoolique en particulier, se proposant de reprendre plus tard, au point de vue des troubles psychiques, l'étude de ce sujet si intéressant pour le traiter avec tous les développements qu'il mérite.

Comme on le voit, la classification de M. Luys est d'une simplicité extrême et basée sur un élément invariable. Assurément, elle est loin d'être parfaite, l'auteur lui-même en convient ; mais elle a le rare mérite de donner à l'étude des maladies mentales un point de départ fixe et naturel, une base organique dérivant de la nature même des choses à étudier, et la met ainsi de plain-pied avec les autres branches de la pathologie interne, qui, depuis longtemps, sont pourvues de classifications nosologiques régulières.

Nous en avons assez dit pour donner une idée générale de l'œuvre de M. Luys et pour en avoir démontré la haute valeur. Sans entrer dans des considérations de détail auxquelles ne se prête pas le cadre étroit d'une analyse, qu'il nous

suffise d'ajouter que, sans négliger les descriptions symptomatiques des maladies mentales, déjà traitées d'ailleurs avec le plus grand soin dans les ouvrages des précédents auteurs, M. Luys s'est surtout attaché à développer la partie la moins connue de la pathologie mentale, l'anatomie pathologique Il lui a, pour ainsi dire, accordé la place d'honneur, décrivant minutieusement, pour chaque affection, les lésions déjà connues, et y ajoutant le contigent très important de ses propres découvertes On lira surtout avec le plus grand plaisir, et avec le plus grand fruit, à ce point de vue, les beaux chapitres consacrés aux hallucinations et aux illusions, à la paralysie générale, au dédoublement des opérations cérébrales, à l'imbécilité, à l'idiotie.

En soumettant son ouvrage à la critique, M. Luys ne lui demande qu'une chose, d'être jugé d'après l'ensemble du travail, d'après les efforts accomplis et le but réalisé. Le succès auquel est sûrement appelé son Traité des maladies mentales est la meilleure réponse que lui feront ses lecteurs.

Dr. E. Régie,
Chef de clinique des maladies mentales.

—*Gazette Médicale* de Paris.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

De la transplantation des os. Expériences de transplantation osseuse intra-humaine. Note de M. W. MacEwen.

Tout le monde connaît les expériences de transplantation osseuse faites par M. Ollier, spécialement sur des lapins. Bien que ces expériences paraissent concluantes, Wolf et d'autres observateurs ont cependant contesté les conclusions de M. Ollier, et, conséquemment, on peut en inférer que la transplantation de l'os et l'accroissement subséquent de la substance osseuse n'ont pas encore été démontrés d'une façon convaincante, et que les expériences de M. Ollier ont besoin d'être confirmées.

Trois questions restent donc à résoudre :

1o. L'os croît-il après la transplantation, et son volume s'accroît-il d'une addition de particules osseuses ? 2o Les faits observés sur les animaux peuvent-ils se produire chez l'homme ? 3o La possibilité de l'accroissement de l'os après la transplantation, étant admise comme fait physiologique, peut-elle produire un résultat pratique ?

Au lieu de transplanter l'os en bloc, tel qu'il a été enlevé, je l'ai coupé en petits fragments, pour plusieurs raisons : d'abord parce que le sang épanché dans la loge de réception de ces fragments multiples leur permettra d'établir des connexions vasculaires et leur fournira des éléments nutritifs. Que les leucocytes du caillot de sang puissent se transformer en éléments osseux ou non, le caillot de sang lui-même forme une excellente matrice pour la prolifération des éléments ostéogéniques. De plus, la division de la greffe osseuse en petits fragments non seulement rend plus certaine leur vitalité individuelle, mais encore donne un plus grand nombre de foyers osseux proliférateurs.

Voici un cas de transplantation osseuse opérée avec succès sur l'homme pour combler un déficit osseux de 0 m, 114 laissé dans la continuité de l'humérus par une nécrose de cet os, à la suite d'une périostite suppurée de sa diaphyse.

L'humérus nécrosé a été divisé à sa partie moyenne, et chaque moitié a été retirée de ce qu'on supposait être sa gaîne périostique ; mais, au moment du retrait, des doutes ont été exprimés, et l'on s'est demandé si le périoste n'avait pas été en grande partie détruit. Comme résultat, à l'extrémité la plus rapprochée du corps, une masse osseuse s'était formée, d'aspect piriforme, partant de la tête en s'effilant vers un point situé à un pouce trois quarts (0 m. 045) de la pointe acromiale, de sorte que plus des deux tiers de la tige humérale manquaient. Il n'y avait pas d'autre signe de transformation d'os. Pour faire le sillon destiné à recevoir la greffe, j'ai eu à me baser sur les rapports anatomiques pour déterminer la position que devait occuper la greffe, car il n'y avait pas de tra-

ce de périoste ou de structure fibreuse pour indiquer la situation antérieure de l'os.

Des portions d'os humain ont été transplantées à trois reprises différentes. Les greffes étaient prises sur des sujets affectés de courbures antérieures du tibia, auxquels on avait enlevé des portions cunéiformes d'os pour redresser les membres arqués. Ces coins osseux, avec leur périoste, ont été divisés en plusieurs petits fragments, qui ont été immédiatement placés dans le sillon préparé pour les recevoir dans le bras du sujet. Ces petites portions se sont unies ensemble et ont adhéré au sommet de l'humérus en dessus et aux condyles en dessous, formant finalement une tige solide, d'environ un demi pouce (O m, 013) plus courte que l'humérus du côté opposé. Ainsi, par la transplantation de l'os, un bras inutile a été rendu parfaitement utile.

Quoique le cas ci-dessus ne s'applique qu'à un seul individu, on peut le regarder cependant comme une série d'expériences, si l'on considère le nombre de transplantations opérées. Quelles sont les conclusions à tirer des données fournies par ces expériences ?

Quand, de six différents membres inférieurs humains, six portions cunéiformes d'os ont été enlevées avec leur périoste et leur moelle, divisées en petits fragments, placées dans le bras d'un jeune garçon, dans un espace intermusculaire fraîchement ouvert par le scalpel pour les recevoir, et lorsqu'on voit que les portions greffées sont non seulement restées en totalité dans les tissus, mais encore se sont unies les unes aux autres, faisant en tout quatre pouces et demi (0 m, 114) de transplant osseux, d'où s'est formé un humérus nouveau qui se meut et sert comme celui de l'autre bras, on peut en conclure que les os transplantés ont vécu et crû.

Il faut ne pas perdre de vue que la première greffe a été faite il y a un an et sept mois et que l'os formé après cicatrisation de la plaie faite pour la réception de la greffe, non seulement a conservé sa dimension primitive, mais encore a crû. Cela réfute suffisamment la supposition de l'absorption de l'os après transplantation.

L'apparence de l'os transplanté, quand les bords furent rafraîchis, était celle d'un tissu osseux vivant environné d'une mince membrane vasculaire fibreuse, adhérant étroitement à l'os, et qui saignait lorsqu'on la grattait, comme le ferait le périoste. Cette membrane ne ressemblait pas à l'épaisse capsule semi-vasculaire que l'on trouve environnant un tissu mort en cours d'absorption.

Le succès qui a couronné l'opération pratiquée a prouvé que la méthode de division de la greffe en petits fragments et les raisons *a priori* d'agir ainsi étaient parfaitement correctes.

Des considérations précédentes on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'os transplanté est capable de vivre et de croître ; 2° les transplants inter-humains d'os vivent et croissent ; 3° la transplantation inter-humaine de l'os peut produire un résultat pratiqueavantageux à l'humanité ; 4° la totalité des éléments osseux doit être comprise dans le transplant ; 5° la méthode de transplantation qui présente le plus de chance de succès est de diviser l'os avec un instrument tranchant en petits fragments ; 6° pour assurer le succès de l'opération, il faut employer le traitement antiseptique.—(*Gazette Médicale* de Paris, No. 27—2 juillet 1881).

CHIRURGIE.

Sur les greffes osseuses. (Note de M. Ollier.)

Grâce à la méthode antiseptique, et en particulier au pansement de Lister, qui en est jusqu'ici le procédé le plus pratique, la chirurgie est aujourd'hui en mesure de réaliser certaines opérations, formellement proposées depuis longtemps, mais restées à l'état de conceptions théoriques, à cause des dangers qui accompagnaient jusqu'ici la plupart des plaies pratiquées sur l'homme, surtout dans les tisssus profonds.

La greffe animale est une des opérations qui devront bénéficier le plus de la possibilité que nous avons aujourd'hui de soustraire les plaies aux agents infectieux. Son principal obstacle a été, en effet, jusqu'ici, l'altération septique du milieu organique dans lequel devait vivre le tissu transplanté.

La greffe osseuse, en particulier, nous permettra de pratiquer chez l'homme les opérations restauratrices, que nous n'avions pu faire réussir que chez les animaux, plus tolérants pour les traumatismes. On peut même espérer obtenir chez l'homme des résultats plus complets, parce que l'opéré humain gardera le repos et l'immobilité, qui sont indispensables au succès de l'adhésion des tissus transplantés.

Il en sera probablement pour les greffes comme pour les résections sous-périostées, qui donnent chez l'homme des résultats plus réguliers, plus satisfaisants que chez la plupart des mammifères, par la seule raison que l'homme se soumet au traitement consécutif, nécessaire à une production osseuse régulière.

M. Mac Ewen, de Glasgow, dans la note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, vient de confirmer de la manière la plus éclatante la réalité de la greffe osseuse sur l'homme.

Il a réussi à reconstituer $0^m,114$ de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté, selon la règle que nous avions formulée d'après nos expériences, le tissu osseux complet, c'est à dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle ; mais il a eu de plus l'idée de la diviser en petits fragments de $0^m,003$ à $0^m,005$ de diamètre d'épaisseur, et en dernier lieu de 0^m013 sur 0^m007. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ce procédé lui a parfaitement réussi.

Jusqu'à ces derniers temps, par crainte de voir la greffe ne pas se souder aux tissus voisins et engendrer au milieu des

tissus une source de produits septiques dangereux pour l'économie, j'avais, dans la rhinoplastie en particulier, laissé les lambeaux osseux en rapport avec le reste du corps par un pédicule de parties molles ; c'était une sorte de greffe par approche. Mais, aujourd'hui, on devra faire des transplantations véritables et emprunter la matière osseuse à une partie quelconque du squelette du sujet, ou mieux encore à un autre individu *sain*, en mettant à profit la substance osseuse qu'on est si souvent obligé de sacrifier dans certaines opérations. Percy avait essayé, à la fin du siècle dernier, de réparer ainsi par la greffe osseuse le déficit de certains os fracturés, mais il avait eu malheureusement l'idée d'emprunter ses greffes à des os de bœuf. Cette idée, que nous tenons aujourd'hui pour peu physiologique, après l'insuccès de nos greffes entre animaux d'espèces différentes, fut d'autant plus fâcheuse que Percy était, à ce moment, abondamment pourvu de matière ostéoplastique par les blessés qu'il amputait chaque jour.

Certaines tribus de l'Ethiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau ; nous avons retrouvé la même tradition en Algérie, avec cette différence seulement que l'on empruntait au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires, qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem, relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantations qui seront d'autant plus praticables qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substances à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se gref-

fer. Nous avons plusieurs fois greffé des lambeaux de périoste humain sur des plaies granuleuses, et, malgré l'exposition à l'air d'une des faces du lambeau transplanté, la greffe s'est effectuée pour la totalité du tissu transplanté. Mais avec le pansement de Lister nous pouvons aller plus loin, comme le prouve M. Mac Ewen, et comme le prouvent aussi les greffes de fragments osseux complètement détachés ou tenant à peine par quelques filaments périostiques ou médullaires, abandonnés dans un foyer de fracture. Si l'on peut prévenir la suppuration (et l'on obtient souvent ce résultat à l'aide du pansement de Lister), la greffe s'opère ; le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent.

Mais cette greffe sera bien plus facile avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous les irrigations ou le nuage phéniqué, au milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les conditions de persistance et d'accroissement ultérieur de tissu osseux transplanté à distance ont été déjà déterminées par nos expériences antérieures et démontrées par les pièces que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie de 1854 à 1861. Je rappellerai à cet égard que les *transplants* devront, lorsqu'on aura le choix, être pris sur des sujets jeunes, c'est à dire devront être constitués par des tissus ayant encore un grand accroissement en puissance. C'est dans ces conditions que la prolifération cellulaire, effective au point de vue de l'augmentation de la masse, sera plus abondante. Ce sont surtout les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, qui contribueront à ce résultat utile ; mais il ne faut pas se laisser aller à des illusions eu égard à cet accroissement.

Nous déterminerons les limites probables de cet accroissement dans une prochaine communication.—(*Gazette Médicale* de Paris, No. 27—2 juillet 1881).

Greffes cutanées prises sur le cadavre.

A la fin de Juin 1880, mon client, qui était assis sur le seuil d'une porte montée sur des pentures en acier, fut frappé par la foudre et resta dans un coma profond pendant plusieurs heures. C'est alors qu'il fut transporté à l'hôpital Bellevue et placé dans la salle No 12 dont je faisais le service.

En le déshabillant, on lui enleva la peau du bras gauche et d'une partie du dos, ce qui laissait une grande surface toute dénudée.

Pendant quelques semaines tous les moyens possibles furent employés pour amener une bonne granulation. Sur ces entrefaites un jeune Allemand d'une forte constitution, qui pour se suicider s'était coupé la gorge, fut transporté à l'hôpital où il mourut au bout de quelques heures.

Six heures après sa mort j'allai, au charnier et enlevai sur son cadavre, à la partie interne de la cuisse, un morceau de peau là où elle est la plus délicate et le moins garnie de poils.

Je coupai cette peau en plusieurs petits morceaux, que j'appliquai d'après le mode de pansement qui m'est propre et qui consiste à les recouvrir *d'abord* avec un morceau de *protective*, (sorte de taffetas vert employé dans le pansement de Lister). Puis je mets sur la surface ulcérée une bande de caoutchouc ordinaire ou même d'emplâtre adhésif et je recouvre le tout d'un simple bandage. Le but de la *protective* est d'empêcher les greffes de coller au caoutchouc ou à l'emplâtre adhésif et d'être en conséquence enlevées avec l'appareil lorsque celui-ci est ôté. Le seul but du bandage est d'exercer une simple pression qui doit être ferme et uniforme.

Dans le cas cité, j'enlevai l'appareil au bout de quatre jours, et, après avoir nettoyé la plaie, j'en fis prendre une photographie.

Un quart à peu près des greffes n'avaient pas réussi ; elles furent enlevées par le lavage de la plaie. Les autres s'étaient

attachées à l'ulcère dont la partie inférieure et centrale sur le bras était déjà couverte d'une peau mince et délicate, résultat de la fusion de tous ces petits islots de peau (si je puis ainsi m'exprimer) dont chaque greffe avait été l'origine. Comme dans d'autres cas identiques la cicatrisation eut sans doute continué et amené une guérison parfaite en peu de temps, si une attaque d'érysipèle, (résultat tant du mauvais état de santé du patient que de son exposition à la contagion par sa proximité d'autres érysipélateux), ne fut venue détruire une grande partie de la peau déjà formée. Je fus ainsi forcé de faire de nouvelles greffes qui amenèrent cette fois une guérison finale, avec un tissu cicatriciel bien moins ratatiné et difforme que celui que l'on rencontre ordinairement après la guérison de brûlures d'une aussi grande surface.

On a souvent greffé la peau et la membrane muqueuse enlevées sur le vivant dans des opérations chirurgicales.

Mais je désire enregistrer par ces lignes mon droit à réclamer la priorité pour l'idée d'enlever la peau du cadavre pour la transplanter sur l'être vivant, et j'insiste pour faire reconnaître que j'ai été le premier à faire cette opération qui depuis a réussi à plusieurs autres chirurgiens.

Il me semble que ceux qui ont été témoins du fait que j'ai vu se répéter si souvent de la peau prise sur le cadavre, plusieurs heures après la mort, et qui mise sur une surface granulée revient à la vie et envoie avec une étonnante rapidité et dans toutes les directions des prolongements d'une peau délicate qui finit par recouvrir toute la surface qui était dénudée, sans ce ratatinement que l'on voit ordinairement dans les guérisons obtenues par d'autres moyens, il me semble, dis-je, que tous ceux qui ont été témoins de ces faits doivent convenir avec moi néanmoins que la greffe cutanée n'est encore que dans son enfance. Aussi, lorsque des hommes habiles, après y avoir donné leur attention, auront trouvé toutes les ressources que peut procurer ce nouveau procédé, est-on en droit d'espérer que l'on

ne verra plus ces cicatrices, si horriblement difformes, succéder aux brûlures ou aux nœvi enlevés par excision. A leur place se présentera désormais sur la partie même ainsi brûlée ou opérée une peau aussi belle que celle du reste du corps, soit que la greffe ait été prise sur le cadavre ou sur le corps vivant d'un autre individu.

Dr I. N. Girdner, (*N. Y. Med. Record*)
—Traduit de l'anglais.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Sur la présence de la trichine dans le tissu adipeux.

Tous les auteurs représentent la trichine comme *spéciale au système musculaire* et s'accordent à signaler son absence dans le tissu adipeux, qui posséderait à cet égard une immunité absolue.

Il résulte des recherches de l'auteur que la présence des trichines dans le tissu adipeux ne saurait être désormais contestée. Le fait est intéressant pour l'histoire naturelle de l'helminthe et peut-être aussi pour la prophylaxie de la trichinose. Il convient toutefois de remarquer, dit-il, l'état qui caractérise la plupart des vers observés dans la graisse : presque toujours ils se montrent libres ou à peine fixés aux éléments voisins ; on pourrait donc les regarder comme des nématodes n'ayant pu atteindre encore leur station normale, si la présence de trichines enkystées ne venait démontrer la possibilité pour ces parasites d'accomplir, dans ce milieu, la période stagiaire de leur existence. Je crois même que l'étude des trichines enkystées dans la substance grasse pourra contribuer à élucider le mode de constitution du kyste, question qui divise actuellement les helminthologistes.

Tels sont les résultats fournis par l'observation ; quant aux faits expérimentaux, je me borne à mentionner que les ani-

maux dans l'alimentation desquels j'ai fait entrer ces lards n'ont encore offert aucun phénomène morbide, tandis que les sujets de la même espèce nourris avec la partie musculaire des mêmes quartiers ont présenté les symptômes caractéristiques de la trichinose intestinale, à laquelle quatre d'entre eux ont déjà succombé. Il semble donc que l'action nocive des lards trichinés soit assez faible; mais, certains faits commandant sur ce point une extrême réserve, il est indispensable de poursuivre les recherches et de multiplier les expériences. Dans tous les cas, la présence de trichines et surtout des trichines enkystées, dans le tissu adipeux, impose dès maintenant l'obligation d'examiner les viandes suspectes dans leur substance grasse comme dans leurs parties musculaires. —*Gazette médicale de Paris,* 2 avril 1881.

Congrès international de Médecine de Londres

Pour donner à nos lecteurs une idée du Congrès international de Médecine de Londres, nous reproduisons la lettre ci-dessous du Dr Henri Henrot au directeur de l'*Union Médicale et Scientifique du Nord-Est.*

Mon Cher Directeur.

Vous me demandez un compte rendu sommaire du Congrès de Londres : c'est une bien lourde tâche pour moi, qui ne parlant ni ne comprenant l'anglais, ai dû bien souvent laisser échapper des choses intéressantes ; cependant, le *Nord-Est* ne peut pas passer sous silence un évènement de cette importance pour la science médicale en général et pour la science française en particulier.

Près de 3,000 médecins des deux mondes étaient réunis à Londres ; c'est la première fois que l'on voyait une telle agglomération de membres appartenant tous à notre profession. Le Congrès international d'Hygiène de 1878, où étaient

admis les ingénieurs, les architectes, était, vous le voyez, de beaucoup dépassé.

Chaque Nation avait tenu à honneur d'être représentée par ses médecins les plus éminents, le délégué français, l'illustre Pasteur, était accompagné d'un grand nombre de professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris, (citons MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Lefort, Lasègue, Hardy, Parrot, Bouchard, Ball), de Brown-Sequard et François Frank, du Collège de France ; de beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. Bouchut, Bouchereau, Bucquoy, Feréol, Vidal, Grancher, Legroux, Pozzi, Gougenheim, Lucas Championnière, etc. ; des spécialistes comme Reliquet, Gayet, Fieuzal, Javal, Galezowski, etc. ; les professeurs Chauveau, Ollier, Lépine de Lyon, Leudet de Rouen, Gibert du Hâvre, Pamard d'Avignon, etc. ; MM. Pachiotti de Turin, Semmola de Naples, Gross de Pesth, Billings et Marion Sims, de New-York, Curtis de Boston, Goodell de Philadelphie, Wirchow, Frerichs, Esmarch d'Allemagne ; d'Espine, Reverdin de Genève, Marcowitz de Bucarest, et enfin toutes les célébrités des trois royaumes, sir James Paget, Lister, Jenner, Bennett, Ferrier, Gull, Mac-Cormac.

Le mercredi 3 Août, l'immense salle de Saint-James était insuffisante pour contenir tous les congressistes. Le Congrès était solennellement ouvert par le prince de Galles, accompagné de son beau-frère d'Allemagne.

L'héritier d'Angleterre mit en parallèle les expositions et les Congrès internationaux ; il fit un grand éloge de la profession médicale et des services que les médecins rendent à tous et surtout aux pauvres.

A côté de ces témoignages de considération et de respect donnés à notre profession, l'intérêt médical international était vivement engagé ; l'Allemagne était repésentée par 8 ou 900 médecins, la France n'en comptait guère que 250 à 300. Qui, dans cette lutte pacifique allait obtenir le plus de succès ? eh bien ! sans chauvinisme, nous pouvons dire que c'est la science fraçançaise, représentée par Pastenr, qui a obtenu les

honneurs du combat. Lister lui-même, ce grand bienfaiteur de l'humanité qui a par sa méthode arraché à la mort des milliers de blessés, a déclaré que c'était les travaux de Pasteur qui lui avaient donné l'idée d'utiliser les pansements nouveaux qui sont maintenant employés avec un égal succès dans le monde entier ; partout où notre savant compatriote prenait la parole, des acclamations chaleureuses venaient rendre hommage à son génie. Notre grand savant a certainement été le héros de la fête ; après lui, M. Charcot a été très-applaudi, il s'était fait accompagner d'un moulage total, d'une de ses ataxiques qu'il a laissé au Musée médical.

C'est après nos deux compatriotes que sont venus tous ces savants étrangers, dont le nom occupe une si large place dans la science.

Je ne chercherai pas à vous décrire toutes les réceptions générales ou partielles qui étaient généreusement offertes aux congressistes, la grande fête dans l'immense Musée de Kensington dont toutes les salles étaient éclairées au gaz ou à la lumière électricque, le splendide banquet au Palais de Cristal, etc. ; toutes ces réceptions étaient admirablement organisées.

Parmi les nombreuses excursions du dehors, à Windsor, à Kiew, à Hampton-House, à Margate, à Folkestone, pour l'inauguration de la statue d'Harvey, j'avais choisi celle de Beddington qui était intéressante au double point de vue scientifique et municipal, laissant de côté pour cela la visite des Musées, si fatiguante, quand il faut voir en quelques heures les immenses richesses artistiques, les Rubens, les Raphaël, les Léonard de Vinci, les Titien, les Paul Veronèse, les Michel-Ange, accumulés dans les galleries publiques ou particulières.

Je partis donc pour Croydon, sans trouver tout d'abord de compatriotes parmi mes compagnons de route. Notre très-aimable confrère, le docteur Pachiotti, de Turin, le président du Congrès d'hygiène de l'an passé, voulut bien me servir d'interprète. Après une heure de chemin de fer, après avoir traversé cette fameuse gare de Chatham où passent 1,400

trains par jour, nous trouvâmes une vingtaine de grands breaks qui nous firent parcourir cette immense ferme de Beddington, irriguée depuis vingt ans avec la totalité des eaux d'égout de la ville voisine, Croydon, chargées des excreta de toute nature.

Le docteur Carpenter et le premier organisateur de cette splendide exploitation dont le nom nous échappe, nous firent visiter les moindres détails, tuyaux d'amenée, rigolles de distribution, canaux de sortie, etc. ; j'ai vu là une prairie de ray-grass d'un pied de haut dont on faisait la quatrième coupe ; des troupeaux de vaches, de chevaux, sur lesquels aucune épidémie n'a jamais sévi, paissaient en liberté dans ces vastes prairies.

Après une visite de près de trois heures, nous arrivions à l'Orphelinat de Beddington, l'ancienne demeure de la reine Élisabeth, où un banquet composé en partie des produits de la ferme nous attendait ; le dîner fut exquis, mais les toasts un peu longs. Avant de le commencer, les jeunes élèves de l'Orphelinat, dans un très-simple mais pittoresque costume blanc et bleu, vinrent chanter les prières d'usage et pour finir l'hymne national.

Pour ne pas revenir sur cette question des égouts, mentionnons tout de suite dans la section d'hygiène une communication très intéressante du docteur Carpenter sur l'innocuité complète du drainage, c'est-à-dire de l'irrigation, sur la santé publique ; son opinion est fondée sur le résultat des expériences poursuivies depuis vingt ans sans interruption à Beddington ; il constate que les végétaux produits par le sol irrigué avec l'eau d'égout, constituent une très-bonne alimentation pour les hommes et les animaux, et que la mortalité a diminué depuis cette époque dans de très-grandes proportions ; elle est tombée de vingt à quatorze pour mille.

Comme au Congrès pour l'avancement des sciences, il y avait au Congrès de Londres des séances générales et des séances de sections. Les premières avaient lieu à Saint-James Hall ; nous avons vivement applaudi la spirituelle conféren-

ce sur le scepticisme, de notre ami Maurice Raynaud, l'auteur si connu des *Médecins du temps de Molière*, que la mort a frappé au moment où il terminait son travail. Son ami, le docteur Feréol, a mis en relief avec beaucoup d'art les finesses de ce discours si clairement écrit.

Le lendemain, Wirchow en faisait une sur l'utilité de l'expérimentation en médecine ; il revendiquait hautement pour la science le droit sérieusement contesté en Angleterre de faire des expériences sur les animaux. Ce n'est pas dans la patrie d'Harvey que le Parlement oserait par un arrêt, étouffer le développement de la physiologie et de la pathologie expérimentales. Le docteur Billings, de Washington, Wolkmann, de Halle et Huxley, de Londres, traitèrent successivement la matière médicale, la chirurgie moderne et les rapports de la biologie et de la médecine.

Enfin, en dehors du programme depuis longtemps arrêté, à la demande expresse du Président du Congrès, Pasteur a résumé, dans une brillante improvisation, ses dernières expériences sur les virus-vaccins, qui ouvrent à l'hygiène des horizons si nouveaux et dont les conséquences avantageuses ne sauraient être, dès à présent, exactement fixées.

Les séances de sections se tenaient dans les salles, si admirablement disposées de Horlington-house, de London University, et du Musée de géologie ; ce qui nous a tout d'abord frappé, c'est le nombre considérable des sections : anatomie, physiologie, pathologie, médecine, maladies de gorge, chirurgie, obstétrique, maladies des enfants, maladies mentales, ophthalmologie, maladies de l'oreille, de la peau, des dents, hygiène publique, médecine et chirurgie militaires, thérapeutique. Ce cercle, on le voit, est complet, on y trouve deux branches très en honneur en Angleterre et très-négligées chez nous, les maladies de l'oreille et des dents.

Le Président de chacune de ces sections s'était imposé la tâche de présenter, dans un discours inaugural, l'état actuel de chacune de ces parties de la science, c'est là encore une très-heureuse innovation que l'on doit à l'esprit éminemment dratique des Anglais.

Comment s'entendre dans des sections où se trouvaient réunis des médecins parlant toutes les langues du monde civilisé ; le problème était difficile à résoudre. Dans les Congrès précédents, à Milan, à Amsterdam, etc., le français avait été la langue adoptée pour les discussions scientifiques, il fut décidé que les communications et les discussions se feraient en anglais, en allemand et en français : le résumé imprimé de chaque communication était traduit dans les trois langues et et distribué à chaque membre du Congrès ; avec un peu d'attention, il était donc, je ne dis pas facile, mais possible, avec les livres en main, de suivre les séances.

Je ne chercherai pas à vous faire l'énumération de toutes les communications qui ont été faites ; toutes celles qui touchaient le même point de la science avaient été habilement groupées ; plusieurs discussions intéressantes mériteraient d'être rapportées ; celles de Grancher et Virchow, sur le tubercule ; celles qui traitaient sur la théorie des germes, etc. Vous trouverez tout cela dans le compte-rendu in extenso qui sera publié plus tard.

A côté du Congrès et au point de vue purement médical, deux choses attirèrent particulièrement notre attention : les hôpitaux et les musées.

Londres est une ville riche, comptant bon nombre de généreux citoyens qui ont légué des sommes considérables pour créer et entretenir des hôpitaux somptueux.

Tous ces hôpitaux nous étaient ouverts, et les chefs de service en faisaient les honneurs, non-seulement en montrant l'installation matérielle, mais aussi en faisant voir leurs malades intéressants et quelquefois en pratiquant des opérations devant leurs confrères. J'avais désiré voir *Saint-Thomas* Hospital, cette vaste construction d'un kilomètre et demi de longueur, qui, sur la rive droite de la Tamise, fait face au Palais du Parlement. Sous la direction du très-aimable docteur Masson, chirurgien de cet hôpital, j'ai pu visiter, jusque dans ses moindres détails, cet immense établissement, le plus récent et le plus important de Londres. On retrouve partout l'instal-

lation que les Anglais recherchent, les enfants sont confondus avec les adultes, les lits n'ont pas de rideaux ; quand le chef de service s'arrête à un lit, il est immédiatement, lui et ses suivants, entouré de paravents qui placent, pour le moment, le malade dans une chambre particulière. De jeunes et fortes miss font le service d'infirmières, les matelas sont remplacés par des sommiers métalliques, très-simples comme fabrication ; la ventilation y est facilitée par un système de fenêtres spéciales. J'ai vu là des cas de vraie goutte comme je n'en avais jamais rencontré en France.

A cet hôpital est annexée une véritable école de médecine qui compté près de 300 élèves ; les salles d'études, les salles de dissection, la bibliothèque et surtout le musée y sont très-bien installés, les salles d'opérations sont disposées de telle sorte que 100 élèves peuvent suivre à la fois les moindres détails d'une opération ; l'arsenal contient tous les intruments, tous les appareils qui, à un moment donné, peuvent être nécessaires.

On ne s'est pas contenté de faire de belles installations, on a voulu aussi mettre les médecins à même de faire de bonne médecine et former de bons élèves,

Le service est facilité par des ascenseurs pour les malades et pour tout ce dont ils ont besoin, et par de petits chemins de fer souterrains pour le transport des cadavres de l'hôpital à l'école.

Des salles d'isolement pour les maladies contagieuses, d'autres pour les agités, complètent cette magnifique installation.

Les Musées ! En dehors du Musée de Hunter, les organisateurs du Congrès en avaient formé un dans le lieu même des réunions où étaient exposés les pièces, les dessins, les moulages, les appareils, etc.

Dans d'autres salles, nos confrères, de chaque section, présentaient les malades curieux ; ailleurs, il y avait de vraies salles de microscopie ; ce qu'il faut mettre en relief dans tous ces musées, c'est la façon pratique dont ils sont installés.

Voici une pièce, par exemple, qui touche à une affection qui m'intéresse, je trouve le nom de la maladie, puis, à côté, l'observation détaillée du malade, et enfin s'il y a lieu, les dessins et la préparation microscopiques. Il y a longtemps que les médecins anglais ont mis en pratique l'instruction par les yeux ; les observations sont recueillies, les pièces sont conservées, surveillées, entretenues avec le plus grand soin.

Le souvenir de notre pauvre petite école de Reims m'a été très-pénible. Que de richesses perdues dans notre grand Hôtel-Dieu qui, avec un peu de soin et quelques dépenses, eussent suffi, en dix ans, à constituer un véritable Musée.

J'ai fini, mon cher directeur, ce trop long compte rendu, qui ne peut donner à vos lecteurs qu'un bien faible aperçu des immenses ressources scientifiques de Londres. Je n'ai qu'un regret à émettre, c'est que dans ce monde médical, qui avait envahi cette grande capitale, les Français ne se soient pas groupés davantage. Mon excellent compagnon de voyage, le docteur Bouchereau, avait eu l'idée d'organiser un banquet des médecins français, le temps était tellement pris par les invitations particulières que son projet n'a pu être réalisé.

J'ai retrouvé à Londres un de nos anciens élèves, le docteur Lecoq, qui nous a fait très gentiment les honneurs du cercle français ; l'installation n'est pas aussi somptueuse que celle des cercles de Pall-Mall, mais on y retrouve, avec le buste de la République et nos drapeaux tricolores, l'hospitalité la plus cordiale.

Le congrès de Londres est le 7e ; le comité exécutif est chargé de choisir le siège de la prochaine session : Berlin a été écarté ; restent en présence, Madrid, Stockolm et Copenhague. Laquelle de ces capitales désignera-t-on ?

That is the question !

Votre tout dévoué,

Docteur Henri Henrot

— *Union Médicale et Scientifique du Nord-Est* du 15 Sept. 1881.

Brochures reçues.

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr W. Osler, professeur de Physiologie à l'Université McGill, l'envoi de deux brochures, sur les sujets suivants :

On some of the effects of the Chronic impaction of Gall-Stones, and on the " Fièvre intermittente hépatique " de Charcot.

Renal Cirrhosis.

Dans le cours du mois de septembre dernier, M. le Dr Hingston a encore pratiqué avec le plus parfait succès l'opération de l'ovariotomie sur une jeune fille à l'Hôtel-Dieu.

Dispensaire de l'Asile de la Provindence.

COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL, DU 1er JUILLET 1880 AU 1er JUILLET 1881 :

1880, JUILLET — *Service de M. le Dr A. Lefaivre.*

Ordonnances au Dispensaire	2000
Visites à domicile	203

" AOUT — *Service de M. le Dr A. B. Champagne.*

Ordonnances au Dispensaire	1952
Visites à domicile	161

" SEPTEMBRE — *Service de M. le Dr E. Nolin.*

Ordonnances au Dispensaire	2036
Visites à domicile	176

" OCTOBRE — *Service de M. le Dr E. Nolin.*

Ordonnances au Dispensaire	1821
Visites à domicile	232

" NOVEMBRE — *Service de M. le Dr A. Piché.*

Ordonnances au Dispensaires	2110
Visites à domicile	224

" DÉCEMBRE — *Service de M. le Dr F. X. Trudel.*

Ordonnances au Dispensaire	2178
Visites à domicile	248

1881, Janvier — *Service de M. le Dr J. A. Leblanc.*

Ordonnances au Dispensaire	2275
Visites à domicile	196

" Février — *Service de M. le Dr A. B. Champagne.*

Ordonnances au Dispensaire	2502
Visites à domicile	271

" Mars — *Sercice de M. le Dr G. Archambault.*

Ordonnances au Dispensaire	2257
Visites à domicile	374

" Avril — *Service de M. le Dr A. Piché.*

Ordonnances au Dispensaire	2248
Visites à domicile	210

" Mai — *Service de M. le Dr E. Nolin.*

Ordonnances au Dispensaire	2060
Visites à domicile	162

" Juin — *Service de M. le Dr J. A. Leblanc.*

Ordonnances au Dispensaire	1859
Visites à domicile	147

RÉSUMÉ : { Total des visites...... 2,604
Total des ordonnances. 25,298

Les médecins actuels du Dispensaire de l'Asile de la Providence sont : MM. les Drs A. Piché, A. B. Champagne, J. A. Leblanc, G. Archambault, F. X. Girard, A. Mathieu, Frédéric Demers, A. Gadbois, E. N. Fournier et Ls D. Mignault.

DÉCÈS

A Laprairie, le 24 Septembre, le Révérend Monsieur P. C. Dufresne, Chanoine de la Cathédrale de Montréal. Avant d'entrer dans le sacerdoce, M. Dufresne avait, pendant plusieurs années, exercé avec le plus grand succès la profession de la médecine dans la paroisse de Laprairie. Monsieur Dufresne était un des élèves dont se glorifiait l'Ecole de Médecine et et de Chirurgie de Montréal, dont il fut l'aumonier et à laquelle il fut toujours des plus dévoués.

En cette ville, le 6 Septembre, à l'âge de 14 mois et 5 jours, Georges-Henri-Armand, enfant de G. O. Beaudry, M. D.

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III. Novembre et Décembre 1881. Nos. 11 et 12

Il est vraiment pénible de voir comme on cherche toujours et de plus en plus à tromper le public au sujet de *la question Universitaire.* Par exemple dans une communication qui, sous ce titre a paru dans la *Minerve* " le 12 novembre dernier, on lit :

" Dans ce Décret du 1er février 1876, après avoir rappelé
" la nécessité de pourvoir à l'instruction supérieure des jeunes
" gens de Montréal, et les empêcher d'étudier dans les écoles
" affiliées aux universités protestantes ;— après avoir déclaré
" qu'il n'y a pas *d'autre moyen* d'atteindre ce but, que d'éta-
" blir une succursale de l'Université Laval à Montréal, la
" Sacrée Congrégation de la Propagande fait savoir aux
" Evêques de la Province qu'ils devront procéder à l'exécu-
" tion de ce projet sur les bases qu'elle indique......... ....
" Le 13 septembre dernier, le Pape déclare expressément lui-
" même que c'est sa *volonté décidée* que l'on doit s'en tenir au
" Décret de la Congrégation précité."

C'est donc, de l'aveu même de l'auteur anonyme de cette communication, le Décret du 1er février 1876 qu'il faut suivre, d'autant plus que le 13 septembre dernier le Pape déclare expressément sa *volonté décidée* que l'on doit s'en tenir à ce Décret. Eh bien ! c'est là exactement ce que l'Ecole a toujours prétendu, et c'est justement parce que ce Décret n'a pas été exécuté que l'Ecole a porté plainte à Rome.

En effet au lieu du prétendu extrait du Décret du 1er février 1876, tel que cité dans la communication sur la question Universitaire, et tel que reproduit plus haut, il est écrit dans ce Décret, (ce qui a un sens tout autre et ordonne un mode d'agir tout contraire à ce qui a été exécuté et que par des efforts inouis on cherche opiniâtrément à maintenir), il est écrit, dis-je, "que l'on reconnait la nécessité de pourvoir en " quelque manière à l'instruction supérieure de ces jeunes " gens de Montréal qui ne peuvent fréquenter l'Université " Laval, comme aussi d'empêcher que les écoles de droit " et de médecine, existant dans la dite ville, ne continuent " d'être affiliées à des universités protestantes, et beaucoup " plus encore que les étudiants catholiques ne fréquentent " de telles Universités. Que du reste, comme il est évidem- " ment impossible de la part de Laval d'accorder l'affiliation " aux dites Ecoles, laquelle équivaudrait à l'érection d'une " Université, pour ainsi dire distincte et indépendante à " Montréal, afin de pourvoir cependant à la nécessité énoncée " plus haut, il ne se présente pas d'autre expédient que celui " d'établir à Montréal une succursale de l'Université Laval, " projet à l'exécution duquel les Evêques, en union avec " Laval devront procéder sur les bases suivantes... ....."

Le 1er février 1876 Rome voulait donc venir au secours de l'Ecole de médecine *existant alors à Montréal.* Cette Ecole n'était-elle pas, dans le temps comme aujourd'hui, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, établie en 1843, c'est-à-dire longtemps avant Laval?

Rome trouvait impossible de la part de Laval de lui accorder l'affiliation, et il ne se présentait pas d'autre expédient que celui d'une succursale sur les bases posées par le décret.

N'est-ce donc pas alors une preuve insigne de mauvaise foi dans la communication sur la question Universitaire du 12 Novembre publiée par la *Minerve* de dire : "*pour empêcher les jeunes gens d'étudier dans les Ecoles affiliées aux Universités protestantes,*" lorsque le décret s'exprime au contraire en ce sens positif " l'on reconnait la nécessité. .... d'empêcher que

" les Ecoles de Droit et de Médecine existant dans la dite ville
" de Montréal, ne continuent d'être affiliées à des Univer-
" sités protestantes...... afin de pourvoir à la nécessité énon-
" cée plus haut, il ne se présente pas d'autres expédient que
" celui d'établir une succursale de l'Université Laval à
" Montréal. "

Pour tout esprit droit et honnête la volonté de Rome était claire et explicite. D'ailleurs il n'y avait pas d'autre Ecole de Médecine catholique en existence alors et affiliée à une Université protestante, et c'était justement pour remédier à cet état de choses que S. G. Mgr Bourget, alors Evêque de Montréal, demandait l'érection d'une université dans son Diocèse.

Ne croyant pas devoir lui accorder cette Université, le St Siège venait par la succursale mettre fin à la position faite à l'Ecole et dont se plaignait Mgr Bourget pour motiver sa demande.

Aussi d'après les bases sur lesquelles devait s'établir cette succursale, il est dit :

3o Que les professeurs de Droit et de Médecine à Montréal feront partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la Charte Royale.

Ceci n'établit-il pas clairement d'après les prémices déjà citées du Décret que les professeurs, qui occupaient alors des chaires dans les Ecoles de Droit et de Médecine, formeraient les facultés de Droit et de Médecine de cette succursale ?

Le St Siège pouvait-il en effet, dans le temps, faire allusion à cette quatrième école que l'on devait chercher à faire surgir plusieurs années plus tard sans aucune existence légale ? Le prétendre serait plus que ridicule. D'ailleurs le Délégué Apostolique s'est prononcé trop catégoriquement à ce sujet, pour qu'on puisse entretenir le moindre doute sur cette question, et M. Hamel le sait encore mieux que nous !

Plus loin dans le Décret, dans les bases posées, on lit encore :

7o Les professeurs de Montréal seront nommés, comme ceux de Laval, par le Conseil Universitaire, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

Ceci veut évidemment dire qu'en cas de vacance le conseil universitaire nommera les professeurs, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

Cette branche de Montréal peut elle être autre chose que le corps des professeurs des écoles alors existantes à Montréal, devenues de fait par le Décret les facultés respectives de la succursale, comme il est ordonné plus haut à l'article 3o ; autrement, comment et qui consulter ? où serait la branche de Montréal à consulter ?

Le but évident du décret du 1er février 1876 (auquel ont été référés Mgr. Racine et M. Hamel dans leur voyage à Rome par la décision du Pape le 13 septembre dernier), est donc formellement de pourvoir en quelque manière à l'instruction supérieure des jeunes gens de Montréal comme aussi d'empêcher que les écoles de Droit et de Médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes. Or ce décret en date du 1er février 1876 ne regardait que l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, qu'au lieu de protéger, on n'a fait que chercher en certains lieux à détruire.

L'autorité de Rome est l'autorité suprême. Sa volonté est exprimée en termes clairs et précis et il n'y a pas à s'y méprendre.

L'Ecole a toujours dit qu'elle était prête à s'y soumettre, elle n'est donc pas en défaut. Aussi tout ce que l'on a pu faire n'a-t-il eu pour unique résultat que de la faire grandir, de la faire connaître davantage. Jamais en effet elle n'a été aussi prospère, jamais elle n'a eu un aussi grand nombre d'élèves. Ses cliniques sont suivies par les jeunes gens mêmes des autres Universités, l'Hôtel-Dieu leur offrant un si vaste champ pour y étudier la Pathologie et la Chirurgie ! Ce n'est pas là du reste le seul avantage que présente cet hôpital, son charnier est encore là pour l'étude de l'Anatomie pathologique. Avec ces ressources si précieuses et la ferme résolution de ses professeurs de donner leurs cours avec le plus de soin possible, l'Ecole conservera toujours toute son importance.

Mais avant de terminer, nous répéterons encore, car c'est là le point capital, que l'auteur anonyme de la communication, dans la *Minerve*, sur la question universitaire, en date du 12 novembre dernier, défigurait étrangement le décret du 1er février 1876 dans la citation qu'il en faisait et que nous reproduisons derechef pour mieux y attirer l'attention :

" Dans le décret du 1er février 1876, après avoir rappelé " *la* nécessité de pourvoir à l'instruction supérieure des jeu- " nes gens de Montréal *et les empècher d'étudier dans les écoles* " *affiliées aux Universités protestantes*................ ....

" Il n'y a pas d'*autre moyen* d'atteindre ce but que d'établir " une succursale de l'Université Laval à Montréal."

Ce prétendu extrait du décret est absolument faux, non pas seulement par la différence des mots, mais surtout quant au sens et l'intention prêtés à ce vénérable document. Car il ne dit pas *pour empêcher les jeunes gens d'étudier dans les écoles affiliées aux Universités protestantes*, mais bien au contraire " empêcher que les Ecoles de Droit et de Médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes.".......................... ....

Par conséquent ce n'était pas une quatrième école, ou si l'on veut, une nouvelle Ecole de Médecine, que le St. Siège suggérait d'établir à Montréal, mais ne pouvant, pour les raisons alléguées dans le Décret, ordonner l'affiliation de l'Ecole de Médecine alors existante, il en voulait faire une succursale de Laval *pour l'empêcher de continuer d'être affiliée à une université protestante.*

Donc empêcher l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal de continuer d'être affiliée à une université protestante, tel était le seul but du Décret du 1er février 1876, et suivre ce Décret est encore l'ordre formel du Pape, en date du 13 septembre 1881.

Par conséquent on n'aura exécuté ce Décret que lorsque l'on aura mis l'Ecole de Médecine dans la position voulue par le St. Siège.

DR. D'ORSONNENS.

LA SAINT LUC.

Le 18 octobre dernier était la fête patronale des Etudiants de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Comme par ces années passées, ces messieurs avaient tout organisé pour la célébrer avec le plus d'éclat possible. Le soir il devait y avoir une séance littéraire et musicale au Queen's Hall. Plusieurs orateurs distingués et artistes de renom avaient bien voulu promettre leur concours. Une messe solennelle fut chantée à neuf heures et demie dans la chapelle de Notre-Dame de Lourdes. Au chœur on remarquait quelques uns des membres les plus distingués du clergé, et dans la nef une foule des amis de l'institution. Mais au sortir de l'église on eut la douleur d'apprendre la mort d'un des professeurs de l'Ecole, M. le docteur Bibaud ; et ce jour qui promettait tant de plaisir se changea aussitôt en une journée de douleur.

Le pavillon de l'Ecole hissé à mi-mât annonça aussitôt son deuil !

LE PROFESSEUR BIBAUD.

Un des hommes les plus distingués de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, par ses talents et son érudition vient de disparaître. Le professeur Bibaud est mort à Montréal le 18 octobre dernier, à l'âge de soixante et un ans, après quelques jours de maladie seulement.

Jean Gaspard Bibaud était né à Montréal le 28 mai 1820. Son père était Michel Bibaud, auteur de l'histoire du Canada. Il fit ses études classiques avec beaucoup de succès au collèg de Montréal et eut l'avantage de faire sa Réthorique sous M Sery et sa Philosophie sous M. Larkin, deux des professeurs qui ont jeté le plus d'éclat sur cette maison d'éducation.

Son cours terminé, il se décida à embrasser la carrière médicale et se mit aussitôt à étudier sous son oncle le Dr. Tres

thler qui lui-même était allé suivre ses cours à Paris. Il fut un des élèves les plus distingués de l'Université du Collége McGill dont il reçut le diplôme de Docteur en Médecine et de Maître en Chirurgie le 26 mai 1843.

Le Dr. Dick, médecin interne de l'Hôpital-Général et prosecteur au collége McGill, qui s'était fait répétiteur des différents cours pour préparer les élèves à leur examen final, mourut à cette époque. Le Dr. Dick était un homme de talents extraordinaires, possédant également bien toutes les branches dela médecine et doué surtout du don d'analyser, de bien faire saisir et de fixer dans la mémoire des étudiants les leçons qu'il leur donnait. Aussi privés de cet enseignement qu'ils suivaient avec tant d'avantages, prièrent-ils le Dr. Bibaud, qui avait été pendant longtemps à l'école du Dr. Dick, de vouloir bien le leur continuer. Il le fit avec empressement et un succès étonnant. Aussi en 1843 et 1844 lorsque l'Ecole de Médecine s'organisa fut-il choisi pour un de ses professeurs. Il se livra dès lors entièrement à l'enseignement médical et se distingua surtout comme anatomiste. Outre son cours public, il continua à domicile ses leçons privées, et les élèves ne se présentaient jamais à leur examen final sans s'y être fait préparer par lui.

En 1852 le Dr Bibaud fut nommé un des Gouverneurs du Bureau des Examinateurs pour la Province de Québec; en 1860 Président de l'Institut Polytechnique; en 1861 et 1862 Président de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et en 1872 Président de la Société Médicale.

A diverses époques le Dr Bibaud donna, devant différentes sociétés savantes, des lectures tantôt de géologie, tantôt de physiologie, quelques unes sur le magnétisme animal, d'autres sur l'hygiène, et toujours il sut mériter l'approbation des critiques mêmes les plus sévères.

On nous dit que peu de temps avant sa mort il se préparait à publier quelques ouvrages.

Puissent-ils paraître.

Les obsèques du Dr Bibaud ont eu lieu à l'Eglise St. Jacques

qui pouvait à peine contenir l'affluence considérable de ses ancieus élèves, de ses collègues de l'Hôtel-Dieu, des Dispensaires, de la Maternité.

Le deuil était conduit par son frère M. le Professeur Maximilien Bibaud, l'Honorable Juge Dorion et M. Charles Lacroix, derrière lesquels venaient les professeurs et les agrégés de la faculté, un grand nombre de médecins, tant de la ville que de la campagne, tous les élèves des autres écoles et une foule considérable de citoyens.

Les cordons du poêle étaient tenus par le Dr Rottot ancien professeur de l'Ecole, le Dr Robillard un des médecins de la Prison, le Dr J· W. Campbell un des professeurs de l'Université Bishop, l'Honorable Dr Paquet, Sénateur, le Dr Coderre, Secrétaire et le Dr d'Orsonnens, Président de l'Ecole de Médecine.

L'inhumation a eu lieu au cimetière de la Côte des Neiges.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur la gravité des amputations pratiquées pendant la période de la fièvre traumatique.

Leçon faite à l'hopital Saint-Éloi, de Montpellier, par le professeur DUBREUIL.

MESSIEURS,

Il y a une quinzaine de jours, j'étais appelé dans la soirée à l'hôpital pour un charretier d'une cinquantaine d'années, qui venait d'avoir la partie inférieure de la jambe droite broyée par la roue de sa charrette. Les libations auxquelles ce malheureux s'était livré et dont il est, paraît-il, coutumier, n'étaient probablement pas étrangères à cet accident.

Le premier examen me convainquit que tout espoir de conservation devait être laissé de côté. Il fallait amputer, mais deux questions restaient à résoudre : à quel moment et à quel niveau devait-on amputer ?

Le choix du moment de l'intervention, est un point des plus importants. On peut diviser les amputations en primitives, secondaires, tardives : mais à cette classification qui repose sur des mesures de temps, je préfère de beaucoup une division fournie par l'état du malade, et je distinguerai les amputations motivées par des lésions traumatiques en trois catégories, suivant qu'elles sont pratiquées avant le développement de la fièvre traumatique, pendant le cours de la fièvre traumatique ou après la cessation de cette fièvre.

L'expérience de la dernière guerre a singulièrement éclairé les chirurgiens français sur la valeur relative des opérations faites pendant ces trois périodes, et permis d'établir d'une façon indubitable que les amputations pratiquées pendant la durée de la fièvre traumatique sont de beaucoup plus graves que celles faites avant ou après.

D'autre part, comme à la suite d'un traumatisme aussi considérable que celui qu'avait subi notre blessé, il y a de grandes chances pour que le malade succombe avant la fin de la fièvre traumatique, il me parut formellement indiqué d'agir avant le développement de cette fièvre.

Une seule contre-indication pouvait exister ; c'est l'état de collapsus ou de shock dans lequel se trouvent quelquefois les blessés qui viennent de subir un grand traumatisme. Dans ce cas, l'action des anesthésiques, l'hémorrhagie, si minime qu'elle soit, peut entraîner la mort immédiate, et le chirurgien doit s'abstenir.

Il n'en était heureusement pas ainsi chez notre malade. L'état du pouls, celui de la température montraient que ses forces n'avaient pas subi une dépression telle qu'on ne pût amputer sans témérité. Je me décidai donc à amputer séance tenante ; mais sur quel point du membre devais-je porter le couteau ?

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'il est de règle générale, quand on ampute, de s'écarter le plus possible de la racine du membre, et cela en raison d'une loi solidement établie, suivant laquelle la léthalité des amputations est en rai-

son directe de leur proximité du tronc. Quant à l'amputation du genou, elle doit être laissée de côté, en raison de sa gravité supérieure à celle de l'amputation de la cuisse. Il semblait donc naturel d'amputer sur un point de la longueur de la jambe.

Mais l'état des téguments qui présentaient une coloration rougeâtre jusqu'au voisinage du genou, la pensée que le traumatisme des os de la jambe, broyés à leur partie inférieure, avait probablement étendu ses effets jusqu'à leur extrémité supérieure, me firent me décider pour l'amputation de la cuisse immédiatement au dessus du cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou. A ce niveau, j'étais certain d'opérer sur des parties saines. L'examen ultérieur de la portion du membre enlevée, vous a démontré que nos craintes étaient fondées ; il existait sous la peau une infiltration sanguine s'étendant jusqu'au haut de la jambe et le tibia présentait une fissure longitudinale qui remontait jusqu'à un point très rapproché de l'articulation.

L'hémostase préventive fut faite avec la bande d'Esmarch et l'amputation fut pratiquée suivant la méthode circulaire et sous le spray. Elle n'offrit rien de particulier. Je dois dire cependant que le spray joint à l'éclairage plus que modeste des lampions administratifs me gêna quelque peu dans la manœuvre. Notre salle d'opérations est très bien éclairée pendant le jour, mais nous devrions aussi être pourvus d'un éclairage suffisant pour les opérations d'urgence que nous sommes quelquefois obligés de pratiquer la nuit, et c'est ce qui nous fait complètement défaut.

Dans ce cas, comme je le fais toujours, quand j'ai à pratiquer une opération tant soit peu sérieuse, j'eus recours à la méthode de Lister strictement appliquée : lavage de la partie sur laquelle doit porter l'amputation avec de l'eau savonneuse, puis avec de l'éther et enfin avec la solution phéniquée, lavage des mains de l'opérateur et des aides, immersion des instruments dans des solutions phéniquées, pulvérisation, ligature des artères au catgut, introduction dans la plaie d'un

drain phéniqué, suture avec de la soie phéniquée. Le pansement fut celui de Lister : Silk protectrice, gaze perdue, gaze avec Makinctosh, bande de gaze phéniquée.

Aujourd'hui la plaie est presque fermée, et la guérison est assurée, mais nous avons eu à traverser une période pendant laquelle il était permis de douter du succès. Il est survenu un sphacèle du moignon, contre lequel j'ai eu recours à la solution de chlorure de zinc ; puis il s'est formé à la région externe de la cuisse un abcès qu'il a fallu ouvrir.

A présent, je vous le répète, et vous avez pu vous en assurer, le malade touche à la convalescence, et cette guérison, je l'ai obtenue parce que j'ai rigoureusement suivi les préceptes de la méthode antiseptique, de cette méthode dont il est banal et superflu de faire l'éloge, mais à laquelle on ne peut se dispenser de payer un tribut de reconnaissance, quand on songe qu'elle a changé la face de la chirurgie.

Ici, messieurs, nous nous trouvons dans un mauvais milieu, et nous avons à nous plaindre à la fois de la mauvaise disposition architecturale des salles, de la façon peu convenable dont elles sont tenues, et du service défectueux des agents subalternes insuffisamment surveillés.

Aussi avant l'adoption de la méthode de Lister, nos résultats opératoires étaient détestables ; grâce à Dieu et à Lister, tout est changé aujourd'hui, et la mort d'un amputé est devenue une rare exception, tandis qu'elle était autrefois la règle. Vous me voyez suivre rigoureusement les préceptes de la méthode antiseptique. Je ne comprends rien, en effet, à cette manie de certains chirurgiens qui veulent modifier quand même les préceptes du maître, au risque de compromettre le résultat.

Quant à moi, je les suis à la lettre ; je déclare qu'à mes yeux le chirurgien qui aujourd'hui n'adopte pas la méthode antiseptique commet un acte de criminelle ineptie et d'odieuse inhumanité. — (*Gazette Médicale* de Paris, N° 38, 17 septembre 1881.)

———

HOPITAL NECKER.

Nécrose syphylitique de la clavicule gauche ; fracture spontanée.

Leçon clinique de M. Bouilly, suppléant M. le professeur Trélat, revue par l'auteur.

La malade dont je veux aujourd'hui vous entretenir présente une lésion intéressante, surtout par sa rareté. C'est une femme de chambre, âgée de 34 ans, entrée à l'hôpital il y a dix jours, le 5 octobre dernier, et couchée au lit n° 15 de la salle Sainte-Marie.

Elle nous disait, à son arrivée dans le service, qu'elle s'était aperçue pour la première fois, il y a quatre mois, de la formation d'une petite tumeur au niveau de la clavicule gauche. Tout d'abord elle n'y prêta qu'une médiocre attention, cette tumeur ne lui causant aucune douleur ; à peine entraînait-elle un peu de gêne ; en tous cas, elle ne l'empêchait nullement de travailler comme par le passé. Mais deux mois plus tard il se fit au même point une petite ulcération, laquelle était encore très peu douloureuse. C'est alors qu'elle fut soumise à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de un à deux grammes par jour. Néanmoins l'ulcération s'agrandissait peu à peu sans donner lieu à aucun phénomène particulier, lorsque, le 22 septembre dernier, cette jeune femme, en voulant soulever un seau, sentit tout à coup un craquement se produire au niveau de la tuméfaction ulcérée.

C'est à la suite de cet accident qu'elle vint me consulter, et qu'après examen de la lésion je lui conseillai d'entrer à l'hôpital.

L'aspect extérieur de cette malade indiquait une assez bonne santé, et faisait rejeter toute idée de scrofule ou de cachexie.

Mais, si l'on venait à examiner la région malade, l'on appercevait, au niveau de la partie moyenne de la clavicule gauche, une ulcération assez vaste, allongée dans le sens de

l'os et mesurant de dehors en dedans 5 à 6 centimètres sur 3 à 4 centimètres de haut en bas (1). Cette ulcération offrait ceci de particulier qu'elle était circonscrite par des bords très irréguliers, boursouflés et décollés, et qu'elle semblait formée par plusieurs petites ulcérations réunies peu à peu pour ne faire qu'une seule et même perte de substance aux dimensions indiquées. Le fond en était jaunâtre, et présentait sous les bords des détritus grisâtres, filamenteux. La suppuration était très peu abondante, malgré l'étendue de la perte de substance ; le pus était d'une odeur désagréable caractéristique.

Enfin, au fond de l'ulcère on apercevait un corps volumineux, noir comme un morceau de charbon, qui n'était autre qu'une portion de la clavicule nécrosée et faisant saillie au dehors dans une étendue de 3 à 4 centimètres, par suite de la fracture de cet os. Tout le reste de la région était parfaitement sain.

Le diagnostic était donc des plus simples : il s'agissait là d'une nécrose de la clavicule avec fracture spontanée de l'os dont le fragment interne faisait issue dans la plaie ; mais ce diagnostic eût été insuffisant si nous n'avions cherché à déterminer l'origine et la nature de la lésion, ainsi que l'affection susceptible de l'avoir produite.

Quelles sont donc les causes ordinaires de ces fractures spontanées ?

Il existe deux maladies, relativement fréquentes, capables de donner lieu à de semblables accidents. Ce sont :

1° L'ostéo-myélite de l'enfance ou de l'adolescence, qui, dans sa forme aiguë, produit la raréfaction du tissu osseux et en détermine la nécrose, à tel point qu'un simple effort musculaire peut provoquer la fracture spontanée d'un os long. Ici, pareille cause ne pouvait être admise, n'eussions-nous consulté que l'âge de la malade (34 ans). De plus, l'ostéo-myélite s'accompagne au début de tout un ensemble symptomatique spécial qui avait fait complètement défaut chez elle ;

(1) Je parle, bien entendu, de l'état de la lésion au moment où la malade arrivait à Necker, depuis lors, l'aspect s'est modifié sous l'influence du traitement.

2° Le cancer, soit en déposant des noyaux secondaires dans l'os, soit en déterminant une fragilité particulière du tissu osseux, partant une fracture, mais sans nécrose, ni séquestre, ni ulcération.

Je cite, pour mémoire, parmi les autres maladies qui peuvent amener la fracture spontanée des os, le *tabes dorsalis*, l'ataxie locomotrice, dans laquelle les troubles de nutrition sont si marqués dans le tissu osseux, comme l'a si bien démontré M. Charcot dans ses leçons de l'hiver dernier à la Salpêtrière. Mais chez notre malade nous n'avions rien de semblable et le siège même de la fracture excluait cette hypothèse.

Après élimination successive des différentes affections qui pouvaient avoir provoqué la fracture spontanée de la clavicule, il ne nous restait qu'une seule maladie capable de préparer lentement et dans le silence des désordres aussi graves et aussi profonds ; je veux parler de la syphilis.

Cependant, d'après notre malade, ses antécédents étaient négatifs ; son mari avait bien une maladie vénérienne lorsqu'elle l'avait épousé, mais elle n'avait jamais remarqué qu'elle eût contracté quoi que ce fût par la cohabitation. Il est très possible que cette femme soit de bonne foi dans son dire et qu'elle ait été infectée à son insu. En l'examinant avec soin, nous avons constaté sur la jambe gauche de petites cicatrices rondes que la malade attribue, — et je le croirais assez volontiers d'après leur aspect, — à une variole datant de plusieurs années.

Nous devons donc laisser de côté les commémoratifs pour nous borner à étudier seulement la lésion actuelle de la région claviculaire. Et, de fait, cette lésion suffit largement à caractériser la nature syphilitique du mal dont cette femme est atteinte.

En effet, cette ulcération à bords serpigineux, à fond grisâtre rempli de détritus sanieux, l'indolence de la lésion, le silence de son évolution, ne peuvent se rattacher à aucune autre affection que la syphilis, sans parler de son siége sur la

clavicule. Cet os partage, comme vous le savez, avec le cubitus et le tibia, le triste privilège d'être le siége fréquent des manifestations graves de la vérole.

Je profite de l'occasion du cas soumis en ce moment à notre observation pour vous rappeler à grands traits les lésions syphilitiques des os.

La syphilis peut intéresser le tissu osseux à deux périodes de son évolution : soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire. Dans le cours de la période secondaire, elle commence à se manifester en atteignant tout d'abord le tissu fibreux des os, le périoste, en donnant lieu à des périostites inflammatoires avec tendance à l'hyperplasie et dépôt osseux, hyperostose ou périostose.

Peut être, même au début de la période secondaire, la syphilis touche-t-elle déjà le système osseux et peut-être provoque-t-elle ces douleurs rhumathoïdes si fréquentes le long de certains os, tels que le tibia par exemple, ou bien ces céphalées si rebelles dont se plaignent assez fréquemment les syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que les premiers accidents se manifestent 8, 10 ou 12 mois après le début de la syphilis ; notamment, leur localisation sur les extrémités articulaires peut déterminer dans les jointures des épanchements de voisinage qui ont été décrits à tort commede simples hydarthroses. A cette époque, les tendances de la syphilis osseuse sont plastiques, hyperplasiques et non destructives, comme on peut s'en convaincre par l'examen facile des os les plus fréquemment atteints, à savoir le tibia, la clavicule, le cubitus, le sternum et les os du crâne.

Quant aux accidents de la période tertiaire, ils diffèrent tout à fait des précédents. A cette époque, la syphilis se comporte vis-à-vis du tissu osseux comme pour les autres tissus de l'économie : elle y dépose son produit spécifique, ses gommes, facilement résorbables grâce au traitement approprié, mais facilement destinées à la destruction comme le tissu ou elles se sont développées, si un traitement bien entendu ne cherche pas à entraver les progrès du mal.

C'est ainsi qu'il peut se faire une *ostéite gommeuse locale, circonscrite*, ce qui est le cas le plus fréquent, ou une *ostéite gommeuse générale ou diffuse.*

Les gommes qui se développent entre le périoste et l'os présentent une forme conique à base périostique, à pointe tendant à pénétrer le tissu osseux proprement dit et à y déterminer une ostéite raréfiante, tandis qu'elle est hypertrophiante à la périphérie. La médication appropriée intervient-elle à temps, les gommes se résorbent, laissant à leur place une dépression en godet sans ulcération de la peau et facilement appréciable au toucher à travers celle-ci.

Il peut aussi se former directement quelques gommes dans le canal médullaire des os et survenir alors une *ostéo-myélite gommeuse*, laquelle amènera, si elle n'est pas convenablement traitée, la raréfaction du tissu osseux, la mortification du réseau vasculaire, la nécrose et la fragilité de l'os.

L'ostéite gommeuse diffuse ne procède pas de la même façon : elle se révèle par une série de petits nodules gommeux infiltrés dans les canalicules de Havers et sous le périoste, ayant peut-être même pour matrice la tunique adventice des petits vaisseaux. Quoi qu'il en soit, leur présence détermine encore la raréfaction des os, la nécrose, d'où la possibilité d'une fracture. Cependant, d'après MM. Cornil et Ranvier, ces nodules syphilitiques ne provoquent pas la thrombose vasculaire comme les nodules tuberculeux et pourraient s'en distinguer par ce caractère.

Ce sont là, sans doute, les accidents qui sont survenus chez notre malade de la salle Sainte-Marie ; elle a bien eu, en effet, quelque gomme sous-périostique ; ainsi l'indiquent la tumeur sus-claviculaire du début, constatée il y a quatre mois, et l'ulcération actuelle en même temps qu'il se formait et se développait dans l'intérieur de l'os des nodules gommeux syphilitiques, qui, par suite d'un traitement insuffisant, ont amené la raréfaction du tissu osseux, sa destruction, sa nécrose, sa fragilité excessive. De là cette fracture survenue spontanément sous l'influence d'un faible effort musculaire et la saillie du fragment interne de la clavicule au millieu de l'ulcération.

L'évolution de ces produits est celle de toutes les gommes : résorption possible sous l'influence du traitement ; destruction et élimination, si elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Les symptômes de ces ostéites sont le gonflement et la douleur ; celle-ci cependant fait parfois défaut, et c'est là encore l'un des caractères de la maladie qui agit alors silencieusement, sourdement.

Tels sont les faits sur lesquels je voulais appeler votre attention, d'autant plus que l'histoire des gommes syphilitiques des os n'est pas encore complètement faite, bien que leur évolution ne diffère pas de ce qu'elle est dans les autres tissus de l'économie.

Quant au traitement, je vous dirai que ces malades, comme tous les syphilitiques gravement atteints, doivent être soumis, malgré l'époque parfois éloignée du début des accidents, à la médication mixte : frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, administration à l'intérieur de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes, sans crainte d'arriver progressivement à celle de 4 et même 5 grammes par jour.

C'est là, du reste, le traitement auquel nous avons recours chez notre malade et dont nous avons obtenu déjà chez elle de très bons résultats. L'ulcération a diminué d'étendue, son fond, devenu plus rosé, s'est nettoyé et la perte de substance se comble. Il restera donc la portion nécrosée de la clavicule. Actuellement, nous nous garderons d'agir par une intervention chirurgicale trop hâtive. Il est nécessaire, avant toutes choses, que notre malade soit suffisamment impressionnée par le traitement général que nous lui faisons suivre ; il est nécessaire que l'ulcération soit en bonne voie de cicatrisation, afin que cette plaie, que nous devrons agrandir pour aller à la recherche d'un séquestre dont nous ne connaissons pas l'étendue et dont nous attendons la limitation, ait une tendance certaine à se cicatriser à son tour.

C'est ainsi que nous devrons, avant d'intervenir par une opération, attendre trois ou quatre semaines, pendant lesquelles notre malade continuera son traitement mixte. Alors,

mettant à nu une partie de la région saine de la clavicule et décollant avec précaution le périoste, nous ferons la résection de la portion nécrosée.

En résumé, la lésion que nous présente notre malade est un fait rare et dont je n'ai retrouvé qu'un très petit nombre d'observations disséminées çà et là. J'ajouterai de plus que les quelques cas relatés se rapportent tous, par une coïncidence bizarre, à la clavicule gauche.

E. R.

Note. — Après vingt-cinq jours de médication, le fragment nécrosé se détacha spontanément, sans la moindre intervention, et à partir de ce moment l'ulcération, débarrassée du corps étranger, se mit à bourgeonner avec vigueur et à marcher vers une rapide cicatrisation.

(*Gazette Médicale de Paris.*) — N° 44 — 29 octobre 1881.

TAILLE SUS-PUBIENNE.

OPÉRATIONS DE M. PÉRIER D'APRÈS LA MÉTHODE DE PETERSEN.

La taille sus-pubienne est une excellente opération que bien des chirurgiens ont considérée comme absolument préférable à la taille périnéale. Elle a été pratiquée par quelques-uns presqu'à exclusion de toute autre opération. Amussat la recommandait vivement, et son fils mort récemment l'avait faite plusieurs fois même avec le fil galvanocaustique.

Il y a deux dangers dans la taille sus-pubienne qui en ont longtemps détourné, la possibilité d'ouvrir le péritoine, et la tendance à l'infiltration urineuse dans la région prévésicale.

L'emploi de la méthode antiseptique donnait déjà des arguments puissants en faveur de la cystotomie sus-pubienne.

En effet la méthode antiseptique peut être appliquée dans toute sa rigueur à la taille sus-pubienne tandis qu'au périnée il est impossible d'obtenir une asepsie parfaite à cause du voisinage de l'orifice anal. Nous avons, dans notre ouvrage

sur la *chirurgie antiseptique*, signalé son application à la taille sus-pubienne. Déjà beaucoup d'auteurs pensaient autrefois que l'ouverture du péritoine n'avait pas une grande importance ; mais avec la méthode antiseptique cette importance diminue encore beaucoup ; si le péritoine est ouvert comme dans un cas du professeur Lister, quelques sutures au catgut réparent le dommage.

Enfin, la suppuration ne se produisant guère dans la chirurgie antiseptique, les fusées purulentes dans le tissu cellulaire sont beaucoup moins à craindre.

Mais voici qu'une modification importante dans la taille sus-pubienne vient la perfectionner encore.

L'injection d'eau dans la vessie précédant la taille conseillée depuis longtemps avait pour résultat de relever le fond de la vessie, et de rendre l'organe accessible à travers la paroi abdominale. Mais cela ne suffit pas toujours, M. Petersen de Kiel a imaginé, après avoir distendu la vessie par de l'eau, de distendre à son tour le rectum par un sac rempli de liquide.

Le résultat de cette manœuvre est de pousser la vessie en haut et en avant. Ces expériences faites d'abord sur le cadavre ont donné le résultat le plus concluant. Après la distension de la vessie par du liquide on sent bien un peu le fond de la vessie vers l'excavation. Mais si on vient à introduire un sac dans le rectum et à le distendre on sent, et on *voit* même la vessie remonter au-dessus du pubis. Cela a d'autant plus d'importance que si on se contente de l'injection intra-vésicale pour remonter la vessie, il faut la faire considérable, et, dans ce cas, elle peut devenir dangereuse. Dans un travail sur ce sujet le Dr Carl Langenbuch, de Berlin, qui a étudié ce procédé et poussé l'injection vésicale à ses dernières limites, a bien mis le fait en relief.

Notre collègue, le Dr Périer à l'hôpital St. Antoine, a récemment appliqué deux fois la méthode de Petersen et a communiqué à l'Académie ses deux observations qui contiennent un certain nombre de précautions sur lesquelles il n'est

pas inutile d'appeler l'attention. A l'Académie M. le professeur Gosselin a consacré au travail de notre collègue un rapport intéressant et élogieux.

M. Périer a fait précéder ses deux opérations d'injections dans la vessie pour la rendre aussi aseptique que possible, faites suivant une formule que nous avons déjà donnée avec l'essence de Wintergreen et formulée ainsi :

Essence de Wintergreen............................	6 grammes.
Teinture de Quillaya Saponaria	30 grammes.
Eau	1 litre.

En même temps, il donnait à ses patients un gramme cinquante centigrammes de salicylate de soude quotidiennement. Ce dernier médicament est donné dans l'espoir de rendre les urines aseptiques, impropres aux fermentations au moins pour quelque temps.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un vieillard de 62 ans qui dans un but inavouable s'introduisait dans la vessie un tube de caoutchouc souple. Ce tube de 70 centimètres de long lui ayant paru insuffisant, il l'avait allongé par l'adjonction d'un autre tube avec un ajutage métallique. Cet ajutage se détacha du grand tube de 70 centimètres qui disparut dans la vessie.

Quatre mois après il se présentait à M. Périer. Il était impossible de songer à retirer par le canal ce tube enroulé, enchevêtré dans la vessie, incrusté de pierres. La taille périnéale était rendue presqu'impossible par des hémorrhoïdes énormes et une chute du rectum considérable ; aussi M. Périer songea-t-il à la taille sus-pubienne avec la manœuvre indiquée par Petersen.

Après des essais sur le cadavre qui lui parurent probants, il procéda de la façon suivante : anesthésie du malade, fixation d'une sonde métallique dans la vessie. Pour éviter tout reflux de liquide il lia la verge sur la sonde à l'aide d'un tube de caoutchouc. Injection dans la vessie de 250 grammes d'eau phéniquée à 1 pour 100. Un ballon de caoutchouc introduit dans le rectum, et tenu en place au-dessus de l'anus, fut in-

jecté doucement de 550 grammes de liquide. A mesure que l'on faisait cette injection, on voyait en quelque sorte le fond de la vessie s'élever au-dessus du pubis, et en appliquant la main il était facile de sentir que ce fond montait. Aussi, l'injection rectale faite, M. Périer, au-dessus du pubis bien rasé, fit une incision verticale et arriva rapidement sur les fibres musculaires de la vessie. L'ouverture faite, la muqueuse fut aisément distinguée, le tube fut saisi et extrait facilement. Les incrustations qui le revêtaient lui donnaient un aspect des plus bazarres.

M. Périer estimant que la suture de la vessie serait trop compliquée et peu utile, se contenta de placer une sonde uréthrale, puis un tube sus-pubien faisant siphon. Cet appareil fonctionna médiocrement, l'urine coula par la plaie et cependant le 28e jour le malade était complètement guéri.

Le second malade était atteint d'une pierre volumineuse pesant 31 grammes, l'opération fut identique comme procédé, le résultat excellent, l'incision faite loin du péritoine parvint aisément dans la vessie. La pierre fut extraite très facilement. Malheureusement au moment de l'opération le malade était déjà dans l'état le plus déplorable, atteint de néphrite suppurée ; il mourut le cinquième jour et on constata un volumineux abcès dans le rein gauche.

Dans les deux cas toutes les précautions de la méthode antiseptique avaient été fidèlement suivies, et même dans le cas mortel on ne constata pas trace d'inflammation ni d'infiltration urineuse au niveau de la plaie prévésicale. Ce second cas permit même de constater que l'incision était restée bien loin du périnée. Les précautions spéciales prises par l'auteur paraissent devoir jouer un rôle utile dans le maintien de l'asepticité.

En définitive le mémoire très intéressant de M. Périer nous met en possession d'un procédé opératoire qui va réhabiliter la taille par le haut appareil appelée certainement à jouer un rôle considérable. Comme remarque spéciale résultant de son expérience personnelle M. Périer conseille un ballon rec-

tal plus volumineux chez les gens maigres, que chez les gens gros. Ceux-ci ont sans doute le bassin plus étroit et leur vessie s'élève plus facilement.—(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, octobre 1881.)

Corps étranger du rectum, déplacé et arrêté dans l'S iliaque — Extraction par l'abdomen. — Suture de l'intestin. — Guérison.

Par le docteur GENTILHOMME.

Le nommé B***, âgé de 58 ans, manouvrier, entré le 15 Avril, à 11 heures du matin, Salle Saint-Jean, nº 7.

Le malade, à son entrée, se plaint d'éprouver des douleurs abdominales, de la constipation, et d'être considérablement gêné par la présence d'un corps étranger dans le rectum. Il a pu venir à pied sans trop souffrir, mais las des tentatives violentes et infructueuses qu'il a faites pour retirer lui-même cet objet, il s'est décidé à réclamer l'intervention chirurgicale.

Cet homme est âgé de 58 ans, paraissant jouir d'une bonne constitution, ne s'adonne pas aux excès alcooliques; il a deux enfants et est depuis quelque temps séparé d'avec sa femme. Sa sœur nous avoue qu'il jouit d'une assez mauvaise réputa tion au point de vue de sa moralité. Il y avait aussi souvent, paraît-il, des moments où il ne jouissait pas de toutes ses facultés. Il est très-franc dans ses réponses, qui sont nettes : il se traite lui-même de monstre indigne de vivre, de débauché, etc.

Voilà déjà une vingtaine de fois qu'il s'introduisait dans le rectum des morceaux de bois ; il en avait même taillé un pour la circonstance.

Le 13 Avril, à 8 heures du soir, il s'est introduit l'objet que nons avons l'honneur de vous présenter.

Une fois entré aux $\frac{3}{4}$, il l'agitait en tous les sens, préten-

dant éprouver par ces manœuvres une certaine volupté. Mais ce jour-là, le morceau de bois est entré tout entier, et le malade dit n'avoir plus songé du tout à le retirer. Il s'est endormi, et le lendemain matin, éprouvant une certaine douleur dans le bas-ventre, il s'est introduit les doigts dans le rectum, mais sans résultats. Honteux et effrayé, il a couru dans les bois, a taillé un bâton et a encore refoulé, je ne sais dans quel but, le corps étranger. Voyant qu'il ne pouvait aller à la selle, que les gaz ne passaient pas et tourmenté par une vague douleur, il a avoué son aventure à sa sœur et est entré à l'Hôtel-Dieu le surlendemain, c'est-à-dire le 25 Avril, à 11 heures du matin.

Par le palper abdominal, on sent à la hauteur de l'ombilic, mais dans le côté droit, un corps dur, angulaire, large d'environ trois centimètres, mobile transversalement (le malade dit que la veille, il le faisait passer d'un côté à l'autre de l'abdomen). Par le toucher rectal, on constate un élargissement considérable de l'anus, qui est un peu infundibuliforme, un relâchement du sphincter anal, une ampoule rectale très-développée. A quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'anus, en avant de la concavité du sacrum, derrière la prostate, on sent un corps dur, arrondi transversalement, angulaire de haut en bas, peu mobile, recouvert par la muqueuse que l'on peut faire glisser facilement sur lui. La main introduite tout entière, facilement et sans douleur, ne peut sentir l'extrémité supérieure du corps étranger. Toutes les tentatives faites par M. le docteur Gaillet pour enlever le morceau de bois par le rectum, ont été sans résultat.

Le lendemain 16 Avril, le malade n'a pas encore été à la selle, si ce n'est que de temps en temps, il sort par l'anus quelques gouttes de liquide jaunâtre, d'une odeur stercorale, mélangées à quelques mucosités. Pas d'écoulement sanguin. Les douleurs sont de plus en plus vives, lancinantes ; l'état général est satisfaisant. Pas de signes de perforation intestinale ; pas de fièvre ; aucun vomissement, pas même de nausées. Le malade a conservé son appétit. Il éprouve quelques difficultés à uriner.

D'après l'examen du malade, il semble que le morceau de bois, long de 20 centimètres, ayant 12 centimètres ½ de circonférence, 3 centimètres de diamètre, cylindrique, un peu rugueux, coupé irrégulièrement en biseau à son extrémité inférieure, a été refoulé le 14 Avril au matin, jusque dans la portion mobile de l'S iliaque, qu'il a tenté de redresser. Puis, par les efforts de défécation, il sera un peu redescendu, en entraînant la muqueuse de la paroi antérieure du rectum, qu'il aura refoulée et qui lui aura formé une sorte de gaîne, sur une hauteur de plusieurs centimètres, ce qui pourrait expliquer l'insuccès de la tentative d'extraction par le rectum et la sensation de muqueuse glissant sur le corps étranger, pendant le toucher rectal. Grâce à la mobilité de l'S iliaque et à la largeur probablement considérable du mésocolon iliaque, l'extrémité supérieure du bâton pouvait être portée facilement à droite de l'ombilic, jusque près du côté interne du cœcum, endroit où le palper abdominal la faisait percevoir.

L'opération ayant été reconnue urgente, a été faite le 17 Avril, à 3 heures de l'après-midi, par M. le Dr Gentilhomme.

On a pratiqué sur le côté droit de l'abdomen, après avoir fait saillir l'extrémité supérieure du bâton, une incision de dix centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, partant en haut à trois centimètres au-dessus de la ligne bis-iliaque et aboutissant en bas à quatre centimètres au-desous de cette même ligne, et située à deux centimètres et demi en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Puis on a divisé avec le bistouri sur la sonde cannelée, la paroi abdominale, couche par couche. On a incisé le péritoine et on est tombé sur l'intestin. Cet intestin ne présentait pas de bosselures, de plus, il ne paraissait y avoir que deux bandelettes longitudinales ; sur la plus marquée de ces bandelettes peu vasculaires, on a fait une incision de cinq centimêtres, selon l'axe de l'intestin, et le corps étranger a été facilement extrait. Puis on a placé six points de suture avec du catgut sur l'intestin, qui a été rentré. Le péritoine pariétal a été ensuite su-

turé avec du catgut, et la paroi abdominale a été. refermée par une suture métallique. On a ensuite appliqué le pansement de Lister. L'intestin n'était pas perforé, mais un peu enflammé.

L'opération a été faite dans une atmosphère phéniquée, grâce au pulvérisateur. L'anse intestinale attirée au dehors, avait été soigneusement entourée d'éponges, qui prévenaient toute pénétration de sang ou de matières intestinales dans la cavité péritonéale.

Le 18 Avril matin, le malade a bien dormi, mais il tousse depuis quelque temps, ce qui lui cause d'assez vives douleurs. Il est un peu agité. Le pouls est petit, faible, régulier, il bat quatre-vingt par minute ; de plus, le malade se plaint de vives douleurs à l'anus. Pour les calmer, on prescrit de l'onguent populeum.

Il demande à manger et surtout à boire. La langue est un peu blanchâtre, pas de nausées, pas de selles.

On prescrit : J. chloral 4 gr., sirop de tolu à volonté, une injection de morphine le soir, bouillon, lait, œufs durs.

Le 19 Avril matin, le malade a bien dormi, tousse moins, langue blanchâtre, pas de douleurs, pas d'agitation, pouls 72. Pas de selles. Etat général satisfaisant, pas de vomissements. On renouvelle le pansemant de Lister, toujours sous les vapeurs phéniquées 25/1000. La plaie est nette, les bords ne sont pas gonflés, ils sont à peine rouges. L'abdomen n'a pas le moindre ballonnement, il n'est pas douloureux.

On continue : bouillon, lait, un œuf dur, tolu, chloral, injection de morphine.

Le 20 Avril matin, bonne nuit, va bien, 74 puls. Écoulement de pus par l'anus (dû sans doute à l'irritation du rectum causée par l'introduction répétée du morceau de bois), lavages avec l'eau phéniquée. Le soir, il va bien, a eu selle liquide.

21 Avil, selles abondantes, non douloureuses, pas de fièvre, plus de douleurs, même traitement continué.

22 Avril, pas de fièvre, va à la selle, pas de gonflement, on

renouvelle le pansement de Lister, un peu dérangé, et on enlève deux fils métalliques.

24 Avril, le malade va très-bien, mange de la soupe, un peu de viande. On renouvelle le pansement complètement dérangé par les mouvements du malade. On enlève le dernier fil métallique, qui a déterminé un petit abcès sous la peau de la partie moyenne du bord interne de l'ouverture superficielle. On remplace le pansement de Lister par un morceau de diachylon, car les bords de la plaie sont réunis, sauf au niveau du petit abcès.

28 Avril, pas de fièvre. Il y a un peu de gonflement au niveau de la plaie, dû à la présence du pus dans l'abcès causé par le fil métallique. On élargit un peu l'ouverture, on fait sortir du pus et on applique un cataplasme d'amidon. L'état général est satisfaisant, l'appétit excellent.

30 Avril, guérison complète.

M. Gentilhomme rappelle que les investigations faites avant son examen avaient été sans résultat, c'est pour cela qu'il n'a pas jugé à propos de renouveler les explorations. On ne sentait le corps étranger que dans certains mouvements et c'était l'extrémité supérieure que l'on sentait dans la fosse illiaque droite, la partie inférieure reposant sur l'angle sacro-vétébral, il fit sur la pièce de bois une incision de 10 cent. dans la paroi abdominale et le péritoine, puis il incisa l'intestin sur une longueur à peu près égale, fit saillir le corps étranger et le retira de l'abdomen. Il plaça sur l'intestin des sutures perdues au catgut et réunit de même la plaie de la paroi abdominale. Le malade fut pansé suivant le procédé de Lister, il n'y eut aucun accident. —(*Union Médicale et scientifique du Nord-Est*, nº 9, 15 Septembre 1881.)

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LA VALEUR COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ABLATION DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

La communication que M. Guéniot avait faite dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine sur la valeur comparative des différents procédés d'ablation des polypes de l'utérus a eu un écho retentissant dans la séance de mardi dernier. Elle nous a valu la bonne fortune d'assister à une leçon très instructive de clinique chirurgicale, doublée d'une véritable joûte oratoire qui dénote chez les maîtres de la chirurgie française une égale habileté à manier la parole et l'instrument tranchant.

M. Guéniot, on se le rappelle, avait envisagé cette question opératoire à un point de vue tout à fait spécial. Une femme, dans le cours de la gestation, présente des signes qui conduisent le chirurgien à diagnostiquer l'existence d'un polype de l'utérus. Mais ce polype est de petite taille, et les accidents qu'il engendre sont assez bénins pour rendre inutile une intervention immédiate, capable de provoquer l'interruption de la grossesse. Cependant la femme est à terme. Le moment d'agir est venu et l'intervention s'impose au médecin familiarisé ou non avec la pratique chirurgicale. Dans un tel cas, M. Guéniot estime, et avec juste raison, que l'emploi du serre-nœud mérite la préférence, comme étant à la fois d'une application inoffensive et facile : inoffensive parce qu'elle met à l'abri des hémorrhagies et n'expose pas aux tractions susceptibles d'abaisser on d'inverser l'utérus : facile, parce qu'une anse en fil de fer se laisse glisser sans peine le long d'un polype allongé pour atteindre la base d'implantation du pédicule. Or, dans le cas de grossesse, l'utérus est forcément relevé et le pédicule du polype d'un accès plus difficile, même quand il s'insère sur le col. On comprend que, dans ces conditions, M. Guéniot ait préconisé l'emploi du serre-nœud, instrument qui est à la portée de tous les praticiens et d'un maniement aussi simple qu'inoffensif.

M. Léon Labbé a ouvert le débat; il a reproché à M. Guéniot de laisser dans l'oubli un procédé opératoire qui, tout en écartant le danger d'hémorrhagie, répond à la préoccupation dominante de l'époque actuelle, d'éviter les accidents infectieux, procédé dont l'emploi est aussi facile et aussi sûr que l'application du serre-nœud ; c'est l'ablation avec l'anse galvanocaustique.

Mais, pour mieux faire éclater les avantages et la supériorité de ce procédé, M. Labbé a senti le besoin de déplacer la question du point où l'avait fixée M. Guéniot. Au lieu du cas simple d'un polype peu volumieux, allongé, d'un accès relativement facile dont le pédicule mince se délimite bien de la base d'implantation, il a envisagé le cas où la tumeur, très volumineuse, forme corps avec l'utérus qu'elle abaisse et dont elle peut, en vertu de son poids, retourner le fond. La question une fois placée sur ce terrain, M. Labbé a quelque peu négligé le serre-nœud pour faire le procès sommaire de l'écraseur, avec plus d'habileté que de succès.

En effet, si en théorie l'emploi de l'anse galvano-caustique en bouchant les vaisseaux de la surface de section ferme du même coup la voie d'écoulement au sang et l'accès aux germes du dehors, il ne semble pas que cela suffise pour abolir les dangers de l'infection. Car M. Labbé, qui pratique à l'exclusion de tout autre procédé celui de l'anse galvano-caustique, proclame bien haut la nécessité de recourir quand même à l'emploi des précautions antiseptiques ; or rien n'empêche d'en faire autant, lorsque le serre-nœud ou l'écraseur linéaire peuvent donner les mêmes résultats opératoires. Aussi, pour discréditer à fond l'emploi de l'écraseur linéaire, M Labbé n'a rien trouvé de mieux que d'évoquer certaine opération restée gravée dans l'esprit des chirurgiens et où, dans un cas de polype volumineux s'insérant sur le fond de l'utérus retourné en cubule, l'ablation du néoplasme à l'aide de l'écraseur entraîna la perforation de la matrice avec hernie des viscères intestinaux. Et il ne restait plns qu'à laisser croire que seul l'instrument de Chassaignac expose à cette grave complication. Il y eût eu de quoi effrayer des esprits non prévenus.

M. Verneuil ne s'est pas fait faute de demander à M. Labbé comment, dans un cas où le fond de l'utérus, tiraillé par un polype volumineux, se renverse en cul de bouteille, on réussirait à éviter le danger de la perforation avec l'anse galvano-caustique plutôt qu'avec l'écraseur linéaire ? C'est en vain qu'on prétexterait que la chaîne de l'écraseur attire en bas les tissus à mesure qu'elle les divise ; car il suffit d'avoir sectionné un col d'utérus avec cet instrument pour se convaincre du contraire. Le danger de la perforation est donc le même *dans ce cas particulier*, qu'on emploie l'anse galvano-caustique, l'écraseur linéaire ou le serre-nœud. Dans tout autre cas, l'écraseur linéaire est, pour M. Verneuil, l'instrument par excellence pour pratiquer l'ablation des polypes de l'utérus. M. Guéniot avait parlé des difficultés qu'il pouvait y avoir à appliquer la chaîne de l'écraseur sur un pédicule placé à un niveau assez élevé. Mais cette difficulté disparait quand on se sert de l'écraseur perfectionné par M. Desprez, de Saint-Quentin, et dont la chaîne s'articule avec le manche de l'instrument et peut ainsi en être isolé. Elle disparaît avec l'écraseur ordinaire lorsque, à l'exemple de M. Verneuil, on fixe le long de la chaîne un fil de fer qui lui communique la souplesse, la même flexibilité qu'a l'anse du serre-nœud. Cette difficulté n'existait d'ailleurs presque plus, pour les polypes qui s'insèrent à l'entrée de l'utérus, depuis que le spéculum de Sims met l'opérateur à même d'attirer le col, sans traction, à l'orifice vulvaire.

Pour M. Gosselin, on n'a pas seulement exagéré la difficulté d'aborder les polypes qui s'insèrent non loin de l'entrée de l'utérus ; on a exagéré aussi les dangers d'hémorrhagie. Sur cinquante ablations de polypes de l'utérus, pratiquées par l'éminent chirurgien, une seule a été suivie d'une hémorrhagie abondante, réprimée sans peine par le tamponnement. C'est parce que les femmes à polype perdent beaucoup de sang qu'on a cru, mais à tort, que l'ablation de la tumeur devait avoir pour conséquence facile une abondante perte de sang. Or l'hémorrhagie symptomatique a pour siège, non le polype,

mais la muqueuse congestionnée de l'utérus. Pour ces motifs, M. Gosselin n'hésite pas à maintenir la préférence à l'excision des polypes de l'utérus avec l'instrument tranchant. En agissant ainsi, on obtient une surface de section d'une grande netteté, qu'on peut modifier à loisir pour prévenir et combattre le danger capital, celui de l'infection.

En somme, cette discussion a montré que les divers procédés opératoires, qui ont chacun leurs partisans et leur détracteurs, ont aussi, leurs indications spéciales et qu'ils ne sauraient être préconisés d'une façon exclusive. M. Trélat a insisté sur ce que les difficultés, dans la chirurgie des polypes utérins, tiennent bien plus au diagnostic qu'à l'instrumentation.

En présence d'un polype de faible dimension, pédiculé, dont la base d'implantation est accessible à la main de l'explorateur munie ou non de l'hystéromètre, aidé ou non par l'application préalable du spéculum bivalve, par la dilatation spontanée ou artificielle du col, le chirurgien n'a que l'embarras du choix du procédé. Qu'il sectionne le pédicule avec le bistouri ou avec les ciseaux, qu'il l'arrache par la torsion, qu'il l'enlève avec l'écraseur ou avec le serre-nœud, l'opération sera toujours facile et les conséquences peu à craindre. Mais quand la tumeur est volumineuse, quand elle remplit le petit bassin et que son pédicule est d'un accès difficile, alors la difficulté est réelle ; car le pédicule peut rénfermer dans son épaisseur des vaisseaux du calibre d'un doigt, circonstance rare, mais possible ; il peut s'implanter par une large base sur la paroi utérine amincie. En pareil cas, la vie du sujet dépend non seulement du choix du procédé opératoire, mais de la prudence de l'opérateur. Celui-ci devra se placer dans les meilleures conditions pour avoir libre accès vers le lieu d'implantation de la tumeur ; et si le polype fait corps avec l'utérus, s'il y a lieu de craindre le renversement en cubule du fond de la matrice, il ne lui sera permis de recourir qu'à l'excision avec le bistouri, et surtout il se gardera bien d'anesthésier la malade. M. Tillaux a fait ressortir l'importance capitale de ce détail ; il a rappelé que le polype est absolument insensible, mais non

le tissu de l'utérus : c'est donc la sensibilité de la malade qui guidera la main de l'opérateur armé de l'instrument tranchant. Endormir la femme dans un de ces cas de polypes dont la masse se perd dans le parenchyme utérin, c'est courir les risques d'une perforation, presque aussi sûrement qu'avec l'emploi de l'écraseur ou de l'anse galvano-caustique.

E. RICKLIN.

CLINIQUE MEDICALE.

Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrites et de synovites purulentes généralisées, par le docteur Albert Robin, médecin des hôpitaux.

On a signalé à plusieurs reprises des cas de fièvre typhoïde compliquée d'abcès musculaires et viscéraux, mais ceux dans lesquels la maladie s'est accompagnée de lésions articulaires ou périarticulaires sont d'une extrême rareté : c'est pourquoi l'observation suivante, qui relate l'histoire d'un malade que nous avons traité récemment à l'hôpital Necker, nous paraît offrir un grand intérêt, tant à cause de certaines difficultés de diagnostic, qu'en raison de l'interprétation délicate que comporte cette rare complication d'une fièvre typhoïde par des arthrites et des synovites purulentes presque généralisées.

Voici d'abord le fait :

OBS.—Fièvre typhoïde adynamique ; synovites purulentes de la gaine de l'extenseur du gros orteil gauche et du petit orteil droit ; périostite supurée de la face externe du tibia gauche ; arthrites purulentes dans la plupart des articulations ; broncho-pneumonie ; mort (1).

V. Edvin, âgé de 26 ans, cuisinier, entré le 5 août 1881 à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, No. 19, service de M. Blachez, suppléé par M. Albert Robin.

Le 29 juillet dernier, V. a été pris presque subitement de

---

(1) Observation rédigée d'après les notes prises par M. Baudouin, externe de service.

céphalalgie, d'une sensation de courbature générale, d'épistaxis répétées et de diarhée ; il a dû prendre le lit le même jour et, depuis cette époque, les symptômes du début n'ont fait que s'aggaver. V. a eu du délire nocturne ; la fatigue du début est devenue rapidement de la prostration. Le septième jour de sa maladie, on le conduit à l'hôpital.

Le 6 août, à la visite du matin, nous commençons par nous enquérir de son passé et nous apprenons que V. n'a jamais été alité, mais que son état de cuisinier le contraignait à vivre dans des sous-sols souvent humides ; il s'enrhumait facilement, et il souffrait parfois de douleurs vagues, mais sans localisations articulaires bien précises ; d'ailleurs ces douleurs n'ont jamais présenté d'acuïté manifeste, et à aucune époque elles n'ont été assez intenses pour l'arrêter dans son travail.

Ce n'est qu'en pressant beaucoup le malade que l'on parvient à lui arracher ces renseignements, car il est dans un état de prostration manifeste, sa face exprime la stupeur, et son ouïe paraît fort diminuée.

Malgré sa prostration, V. comprend pourtant bien les questions qu'on lui adresse et y répond assez correctement quand on a le soin de parler haut et de répéter plusieurs fois la demande.

Langue étroite, amincie, effilée, sèche, très rouge sur les bords, avec des stries blanc grisâtre sur la partie centrale ; ventre ballonné, sensible à la pression ; gargouillement dans la fosse iliaque gauche, diarrhée très abondante, parfois involontaire et d'une horrible fétidité.

La rate ne paraît pas manifestement augmentée de volume ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

Pas de taches rosées lenticulaires.

Pouls plein, fort, vibrant, très fréquent, rien à l'auscultation du cœur.

Le malade tousse un peu, mais sans expectorer ; à l'auscultation, on entend aux deux bases des poumons, en arrière, des râles sous-crépitants, fins et quelques râles de bronchite.

Insomnie, agitation nocturne, rêvasseries, bourdonnements d'oreilles.

Urines d'aspect hémaphéique foncé, rares, renfermant un excès d'acide urique, un peu d'albumine et une notable proportion d'indican.—TM 39.

Diagnostic : Fièvre typhoïde adynamique arrivée à la fin du premier septenaire.

Traitement. Lotions vinaigrées froides ; potion avec 4 gr. extrait de quinquina et 50 gr. d'alcool ; 3 pots de limonade vineuse ; 2 lavemente froids par jour additionnés d'une cuillerée à bouche de liqueur de Labarraque.

7. Mêmes symptômes. TM 39. TS 39. 6.

8. Pendant la nuit, V. a été très agité et s'est beaucoup plaint ; à la visite nous le trouvons en pleine stupeur, répondant à peine aux questions et poussant des cris plaintifs chaque fois qu'on le remue. En le découvrant, on aperçoit sur la partie supérieure du gros orteil droit, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, un gonflement rouge très douloureux et de consistance pâteuse ; étant donné le siège de ce gonflement et la liberté relative des mouvements de l'articulation, nous le localisons dans la gaine tendineuse de l'extenseur du gros orteil.

Mais le malade souffre aussi quand on remue le genou droit, et à ce niveau, on trouve un gonflement qui déforme l'articulation, mais sans rougeur de la peau ; l'article contient du liquide : les mouvements du genou, la pression sur la rotule sont très douloureux.

TM 38.8. TS 39.6.

Traitement ; 0 gr. 50 de sulfate de quinine ; supprimer les lotions froides.

9. L'état général devient de plus en plus grave ; l'adynamie est considérable ; le malade a peine à prendre du bouillon ; on éprouve une grande difficulté à lui faire avaler sa limonade vineuse.

En dehors des gonflements signalés hier, nous en trouvons de nouveaux qui se sont développés depuis hier matin :

1° Au pied gauche, sur la face dorsale, au niveau des gaî-

nes synoviales de l'extenseur du petit orteil, rougeur vive sans gonflement, étendue en longueur, très douloureuse.

2° Au même pied, mêmes symptômes au niveau du côté externe de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

3e A la jambe gauche, sur la crète du tibia, tuméfaction molle, très rouge et très douloureuse, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'os.

TM 39,8 ; TS 40.

10. Même état général ; diarrhée de plus en plus abondante : ballonnement considérable du ventre ; pas de taches rosées.

Depuis hier, de nouveaux points douloureux se sont développés :

1° Le doigt médius de la main droite est maintenu dans la demi-flexion par un empâtement rouge et douloureux, occupant la plus grande partie de la face palmaire de ce doigt, et s'étendant dans la paume de la main sur la gaîne synoviale du tendon fléchisseur.

2° Gonflement, rougeur et douleur vive au niveau de la bourse olécranienne ; mais l'articulation n'est pas atteinte, et ses mouvements ne sont pas douloureux.

3° Tuméfaction et douleur vive, impossibilité des mouvements dans toute l'articulation du coude du côté gauche.

TM 39,4 ; TS 40.2.

11. La diarrhée paraît moins abondante, mais le malade exhale une odeur très fétide ; sa peau est sèche et rugueuse ; l'intelligence est très obscurcie, l'adynamie tend à augmenter. Pouls très dicrote : rien dans la poitrine ni dans le cœur.

Urines foncées, mais sans hémaphéisme ; traces d'albumine ; indican notable.

TM 39,6 ; TS 39.

Prescription : Supprimer le sulfate de quinine ; remplacer par 4 gr. de salicylate de soude.

12. L'état général ne se modifie pas, mais la diarrhée a ces-

sé ; ce matin il y a eu des matières moulées, mais involontairement rendues.

Le gonflement de l'orteil droit devient de plus en plus superficiel ; la fluctuation y est manifeste.

Le genou et le poignet gauches, intacts jusqu'ici, sont gonflés, rouges et douloureux depuis hier au soir.

TM 39,8 ; TS 39,6.

13. L'abattement et la stupeur sont moins marqués, le malade semble revenir à un état conscient, mais le ventre s'est notablement ballonné, la diarrhée a reparu.

Même état des parties douloureuses ; mais le genou droit paraît moins sensible à la pression.

TM 38,8 ; TS 39.

14. Même état. Le gonflement de la bourse olécranienne s'est ulcéré spontanément, et a donné issue à une grande quantité de pus séreux, jaune sale, mal lié ; le malade s'est senti soulagé après cette évacuation.

TM 38 ; TS 38,6.

15. Un peu d'amélioration. On cherche encore une fois, mais en vain, l'éruption caractéristique de la fièvre typhoïde. On soulève l'hypothèse d'une endocardite ulcéreuse, mais l'absence de tout phénomène cardiaque et de signe d'embolies vers d'autres organes font repousser ce diagnostic. On songe aussi à l'infection purulente, mais le mode de début de la maladie, l'absence de porte d'entrée éloignent de cette hypothèse.

La tuméfaction de la jambe gauche et celle du genou droit paraissent s'améliorer.

TM 38 ; TS 39,2.

16. Cette nuit, la diarrhée a repris avec une grande intensité ; le ventre est très ballonné et un peu douloureux. Le matin, le malade a vomi des matières glaireuses mélangées de jaune ; en outre nous constatons une oppression très marquée. A l'auscultation des poumons, on trouve :

A la base gauche, quelques bouffées de râles sous-crépitants fins.

Vers la pointe de l'omoplate droite, un souffle tubaire très intense, mélangé de fines sous-crépitations et perceptible sur une étendue ayant la dimension de la paume de la main.

Urines claires, hémaphéiques, sans albumine, mais chargées d'acide urique,

L'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil gauche est moins empâtée, mais la fluctuation y est évidente, tandis que le gonflement des gaînes synoviales paraît avoir diminué. En faisant mouvoir cette articulation on perçoit des craquements.

Le genou droit, très douloureux, contient beaucoup de liquide ; le genou gauche est moins sensible.

Fluctuation manifeste au niveau de l'épicondyle du coude gauche.

TM 38 ; TS 38,6.

Prescription : Large vésicatoire sur la poitrine, en arrière et à droite.—Suppression du sallicylate de soude.

18. Malgré l'invasion de la complication pulmonaire, le malade se refroidit ; ses mains et sa face sont glacées. L'amaigrissement a fait de grands progrès. L'état général s'est sensiblement aggravé : les réponses sont lentes et difficiles.

Pas d'expectoration ; toux sèche, pénible, mais peu fréquente.

Le souffle gagne la base du poumon droit ; il paraît bordé par une zone de crépitation.

Rien au cœur.

Urines hémaphéiques ; albumine notable ; excès d'acide urique ; indican très marqué.

TM 38,4 ; TS 39.

19. Mêmes symptômes à l'auscultation ; le malade est dans un état de faiblesse extrême ; les extrémités sont toujours froides.

On incise l'abcès du gros orteil gauche, qui fait saillie sous

la peau amincie ; il en sort une énorme quantité de pus mal lié et séreux.

Urine assez albumineuse ; indican abondant ; beaucoup d'acide urique.

TM 36,6 ; TS 39.

20. Diarrhée fétide très considérable et involontaire ; l'intelligence est très affaiblie ; les mains tremblent, le corps est couvert de sudamina blancs.

Le souffle pulmonaire ne s'est pas modifié.

Même état des urines.

TM 38 ; TS 38,4.

21. Une grande quantité de pus continue à s'écouler par l'ouverture faite au petit orteil gauche. On pratique une incision au niveau de la région métatarso-phalangienne du gros orteil droit ; il s'écoule une énorme proportion de pus séreux et fétide.

Diarrhée profuse. Le malade ne prend plus aucun aliment ; depuis quelques jours déjà, il est fort difficile de lui faire absorber un peu de liquide.

L'urine foncée, très trouble, ne renferme plus que des traees d'albumine.

TM 38 ; TS 39.

22. Râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon gauche ; le souffle occupe les deux tiers inférieurs du poumon droit. Refroidissement général, intelligence complètement obscurcie, carphologie, langue noire et sèche comme du bois, ventre très ballonné.

TM 38,2 ; TS 38,6

23. Algidité et cyanose généralisées ; pouls filiforme, insensible. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie pratiquée le 24, à 11 heures du matin. On commence par ouvrir successivement toutes les articulations et la plupart des gaînes synoviales tendineuses, afin d'y recherdher la présence du pus, et voici les points dans lesquels on le constate.

1° Articulations métatarso-phalangiennes et phalangiennes du gros orteil gauche.

2° Gaînes tendineuses des extenseurs des orteils et en particulier de l'extenseur du gros orteil ;

3° Articulation métatarso-phalangienne des petits orteils gauche et droit, ainsi que des gaînes tendineuses des extenseurs ;

4° Articulations fémoro-tibiales droite et gauche ;

5° Articulation du cou-de-pied droit ;

6° Articulation du poignet droit ;

7° Articulation phalangienne du médius droit ;

8° Bourses séreuses olécraniennes ;

9° Articulation du coude gauche ;

10° Gaînes synoviales du poignet droit ;

11° Articulation de l'épaule droite.

En dehors de ces points, on trouve des collections purulentes dans les régions suivantes :

1° Face interne du tibia gauche. Périostite suppurée ;

2° Région sous-hyoïdienne, dans le tissu conjonctif péri-trachéal ; le pus a fusé sur les parties latérales de la trachée et du larynx, mais les articulations de celui-ci ne sont pas intéressées :

3° Vaste collection purulente située au niveau des cartilages des dernières fausses côtes du côté gauche, mais sans participation des articulations chondo-sternales et costales.

Les surfaces articulaires ne paraissent pas profondément altérées ; elles n'ont pas perdu leur poli, mais les synoviales sont rouges, injectées, et paraissent épaissies.

Le poumon droit est induré dans sa presque totalité ; mais dans le sommet on trouve des noyaux de broncho-pneumonie disséminés, tandis que dans tout le reste de l'organe la broncho-pneumonie est généralisée et offre les lésions anatomiques caractéristiques de la broncho-pneumonie à noyaux confluents. Sur aucun point du poumon on ne trouve d'abcès. La plèvre est saine.

Le poumon gauche, congestionné dans toute son étendue,

renferme des noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans son lobe inférieur.

Le cœur paraît absolument normal à l'examen microscopique, comme fermeté, comme couleur et comme volume. Les valvules des deux cavités sont saines, mais imbibées par la matière colorante du sang.

Dans le péricarde, on trouve une cuillerée de liquide citrin.

Le foie, très volumineux, est d'un jaune-brunâtre, très mou, exsangue ; il est manifestement gras. La vésicule renferme une très grande quantité de bile épaissie.

La rate n'est que légèrement augmentée de volume, et son tissu est ferme et consistant.

Les reins paraissent normaux à l'œil nu.

La pie-mère est très vascularisée, mais le cerveau ne présente rien de particulier.

L'estomac, un peu distendu, a une coloration grisâtre, mais n'offre aucune altération. A la partie inférieure de l'intestin grêle, on trouve deux larges plaques de Peyer ulcérées assez profondément, mais dont les bords paraissent déjà en voie de cicatrisation. A quelques centimètres plus haut, troisième plaque ayant une longueur de 7 centimètres ; dans la cavité de l'intestin on trouve encore d'autres plaques à des degrés divers de réparation et un certain nombre de follicules clos, augmentés de volume et plus ou moins ulcérés ; d'ailleurs en dehors de ces follicules d'un gros volume, toute la partie inférieure de la muqueuse intestinale est recouverte de follicules plus petits, non ulcérés, mais donnant à cette muqueuse une apparence mamelonnée.

Dans toute la longueur du gros intestin, on rencontre des îlots de congestion intense

En résumé, en dehors des points précédemment signalés, on ne trouve nulle part de collection purulente.

—Nous croyons devoir rapprocher de ce premier fait l'observation suivante, qui nous a été communiquée par notre collègue et ami M. Balzer, et qui, dans sa teneur générale, offre avec notre cas de frappantes analogies :

OBS II—Fièvre typhoïde adynamique ; Arthrite purulente du genou gauche ; Synovites non purulentes des gaines tendineuses du poignet gauche ; Broncho-pneumonie ; Mort.

L..., âgée de 26 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière le 27 août (salle Sainte-Joséphine, numéro 6). Elle est atteinte d'une fièvre typhoïde datant d'une semaine environ et présentant le type adynamique le plus net. La maladie parut suivre cependant d'abord une marche assez régulière, puis l'adynamie s'accentua de plus en plus, et on constata l'apparition d'un écoulement purulent assez abondant de l'oreille droite. Dans les derniers temps l'hébétude, la prostration augmentent ; état de somnolence continuel, signes de congestion broncho-pulmonaire très intense.

Le 17 septembre, on constate une tuméfaction assez considérable, mais indolore, du genou gauche, fluctuation articulaire très manifeste, pas de rougeur à la peau. Il existe aussi une tuméfaction des gaînes tendineuses du poignet et du dos de la main gauche, avec rougeur cutanée, sans douleurs.

Le 18, la tuméfaction du genou augmente, l'état du poignet reste stationnaire.

La malade succombe le 19 septembre.

AUTOPSIE.—Poumons splénisés dans toute leur hauteur à la partie postérieure ; cœur normal. Nombreuses plaques ulcérées dans l'intestin grêle, surtout au niveau de la valvule de Bauhin.

Rate diffluente ; foie, reins en apparence normaux.

On trouve dans le genou gauche la valeur d'un demi-verre de pus liquide, sans dépôts, sans flocons fibrineux ; la synoviale est à peine congestionnée, les cartilages ont leur aspect normal. Au niveau du poignet gauche, on ne trouve qu'un œdème périarticulaire sans suppuration. Les autres articulations n'offrent rien à considérer.

Ainsi donc, dans notre premier cas, voilà un malade manifestement atteint de fièvre typhoïde, chez lequel pourtant cette pyrexie a eu une symptomatologie un peu anormale, en raison de l'absence de quelques-nns de ses signes caractéristi-

ques, tels que les taches rosées lenticulaires et l'augmentation notable du volume de la rate. Vers le dixième jour de la maladie, on voit se former des collections purulentes dans plusieurs articulations ; les jours suivants, d'autres suppurations se produisent dans des régions diverses, gaines synoviales, périoste tibial, région sous-hyoïdienne, région chondro-costale inférieure gauche : les suppurations prennent le premier rang dans le tableau morbide ; des améliorations passagéres succèdent à leur ouverture, mais l'état typhoïde s'aggrave de plus en plus, une broncho-pneumonie très étendue survient et emporte le malade.

Pendant la vie, à maintes reprises, nous avons hésité sur le diagnostic: nos hésitations étaient légitimées par l'absence de taches rosées et le peu de gonflement de la rate ; les hypothèses d'endocardite ulcéreuse, d'infection purulente, avaient été soulevées, mais finalement repoussées, et l'autopsie confirma notre diagnostic définitif en montrant les lésions de la dothiénentérie.

Le malade de M. Balzer paraît avoir présenté un tableau général assez analogue, avec cette différence que les accidents articulaires n'ont évolué qu'à une période assez avancée de l'affection, aux approches de la terminaison fatale.

Or, comment devons-nous considérer cette complication étrange par des accidents articulaires de la plus haute gravité, et par quelles théories pouvons-nous les expliquer ?

Serait-ce là une *forme arthritique* de la dothiénentérie ?

Les auteurs du Compendium paraissent admettre l'existence de cette forme d'après les indications de Bazin, Littré et Forget. Mais outre qu'aujourd'hui les classiques, et M. Jaccoud en particulier, ne croient plus à l'autonomie de cette forme, la description qu'en donnent Monneret et Fleury, description empruntée à la thèse de Bazin, ne répond nullement à l'observation qui fait le sujet principal de cette discussion : en effet, douleurs vives et continues dans les articulations avec irradiations musculaires, absence de rougeur et de tuméfaction dans les jointures atteintes, mort ne survenant

qu'après quarante ou cinquante jours de maladie, absence de toute lésion dans les articulations frappées pendant la vie, tel est l'ensemble observé par Bazin et auquel Monneret et Fleury voudraient voir donner le nom d'arthralgie et de myodynie typhoïde.

En second lieu, les accidents articulaires ne se sont pas développés chez notre malade avec le début de la maladie ; leur entrée en scène a eu lieu, en pleine période d'état, avec toutes les allures d'une complication. Il faudrait donc vraiment forcer les analogies pour voir là une forme articulaire de la fièvre typhoïde, étant donné le sens actuellement attaché à l'expression " *forme morbide.*"

Cette première hypothèse étant écartée, pourrait-on songer à un *rhumatisme articulaire aigu*, développé dans le cours de la maladie originelle, et ayant tourné à la suppuration, par suite de l'état général et local du terrain envahi ?

Mais notre homme aurait eu là sa première atteinte de rhumatisme articulaire, car jusqu'alors l'on n'a relevé dans ses antécédents que des douleurs vagues, erratiques, sans localisation bien déterminées, comme sans acuité. Donc, en tout cas, la coïncidence serait étrange, et si rien de certain ne permet de la nier, rien de précis n'autorise à l'accepter. Si l'on objecte que notre malade était un rhumatisant fruste d'ancienne date, par le fait de ces douleurs vagues d'autrefois, et que la dothiénentérie a mis en activité la diathèse latente, nous répondrons que maintes fois la fièvre typhoïde a frappé des rhumatisants vrais, et que pourtant l'on n'a point encore signalé ce réveil de manifestations arthritiques. J'observe en ce moment même à l'hôpital Necker un fait de ce genre : il s'agit d'un homme dans toute la force de l'âge, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé et très intenses, avec détermination endocardique passée aujourd'hui à l'état chronique et constituant une véritable insuffisance mitrale. Ce malade a été atteint de fièvre typhoïde grave ; il est en pleine convalescence, et à aucune époque nous n'avons remarqué le plus léger symptôme articulaire.

Rien de positif ne conduit donc à admettre comme démontrée la dernière hypothèse que nous venons de formuler.

Vient une troisième interprétation : notre cas de dothiénentérie n'aurait-il pas été compliqué d'*infection purulente* ?

Cette complication a été plusieurs fois observée, et il existe des observations de Castelnau et Ducrest, de Griesinger, etc., qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de cette éventualité. Tout récemment, M. Gandy a réuni ces faits dans sa thèse inaugurale, en y joignant des observations recueillies par MM. Duguet, Bouchut, Hoffmann, etc., soit un total de 17 cas. Mais l'analyse de ces observations nous révèle des différences si tranchées avec notre fait qu'une assimilation complète nous paraîtrait fort aventurée. En effet :

1° Dans les 17 observations réunies par M. Gandy, les abcès ont été répartis comme il suit :

9 fois	dans les	poumons.
1	—	cœur.
3	—	foie.
5	—	rate.
1	—	gaines musculaires.
1	—	tissu conjonctif.
1	—	articulation du coude.

Et dans ce dernier cas, rapporté par Barth père, il y avait aussi des abcès métastatiques dans le foie et dans la rate.

Chez nos deux malades on ne trouve aucun abcès viscéral ; les localisations purulentes étaient essentiellement articulaires, sauf pour la périostite tibiale, l'abcès sous-hyoïdien, la suppuration péri-chondro-sternale, qui affectaient le tissu cellulaire. Voilà déjà une dissemblance si marquée dans le siége des lésions qu'on a peine à les comparer.

2° Cette différence se retrouve avec la même netteté si l'on étudie la symptomatologie de notre cas ;

La pyohémie survient, en effet, à l'époque des eschares et paraît se lier à leur existence ; on l'observe rarement pendant la période d'état de la maladie, et elle n'a guère été notée, que je sache, avant le 3e septenaire ; quelquefois même elle

est apparue vers la fin du deuxième mois : c'est, à proprement parler, un accident de la convalescence. En outre, on a signalé dans les cas bien étudiés des frissons répétés, de grandes oscillations de la courbe thermique, des éruptions diverses du côté de la peau. Or, d'un côté, nous n'avons relaté aucun de ces symptômes, et d'un autre côté, c'est le dixième jour, en pleine période d'état, que les premiers accidents articulaires se sont déclarés. Que l'on jette les yeux sur la courbe thermique du premier malade, et l'on verra combien elle diffère de celle d'une pyohémie, avec laquelle elle n'aurait qu'un seul point de contact, à savoir le type inverse qui est apparu à trois reprises différentes, les 11e, 13e et 14e jours de la maladie.

On pourrait objecter que Billrhot décrit sous le nom de septico-pyohémie des modalités de l'infection purulente, dans lesquelles on a trouvé des suppurations exclusivement articulaires et où les frissons ont manqué. La valeur de cette objection est indiscutable ; aussi, quoique dans notre cas, localisations, symptômes, mode d'apparition des accidents, nous éloignent singulièrement de l'idée qu'on se fait généralement d'une infection purulente, n'osons-nous pas rejeter cette interprétation d'une manière absolue.

Mais il est une quatrième opinion que l'on pourrait aussi soutenir, en se fondant sur des faits similaires observés dans d'autres pyrexies, et en particulier dans la scarlatine ; nous voulons parler de ces arthrites secondaires fréquemment notées dans cette dernière maladie, sous le nom de rhumatisme scarlatin. Ne serions-nous pas en présence d'un *rhumatisme typhique*?

Ce qui tendrait à le faire supposer, c'est d'abord que ces arthrites ont été vues dans la plupart des pyrexies ; on les a décrites non seulement dans la scarlatine, mais aussi dans la dysenterie, la rougeole, le typhus exanthématique ; M. le professeur Brouardel (*Arch. gén. de méd.*, *décembre* 1874), les a décrites dans la variole. Dans la plupart de ces maladies, les arthrites ne sont pas seulement des accidents de la conva-

lescence, mais on les voit apparaître aussi dans la période d'état ; enfin l'on sait que, si elles se résolvent fréquemment, la suppuration constitue cependant une terminaison qui est loin d'être exceptionnelle. Mais une objection se présente de suite à l'esprit : ce rhumatisme typhique n'a pas été exclusivement articulaire, puisque l'on a trouvé du pus dans les gaines synoviales des tendons et aussi dans le tissu conjonctif : à l'objection des gaines synoviales on peut répondre par la prédilection des rhumatismes secondaires pour les gaines tendineuses, mais les abcès du tissu cellulaire sont plus difficiles à expliquer.

Aussi ne pouvons-nous nous défendre d'une certaine hésitation lorsqu'il s'agit de conclure : néanmoins les raisons négatives que nous avons données au sujet de l'infection purulente, d'une part ; l'analogie présentée par ces deux cas avec ce que l'on observe dans les autres pyrexies, d'autre part, nous dispose t-elle à ajouter un *rhumatisme typhique* aux divers rhumatismes secondaires déjà décrits.

Maintenant, celui-ci dépend-il de la dothiénentérie elle-même, ou devons-nous faire intervenir, à titre de rhumatismes antérieurs, les quelques douleurs vagues dont a parlé notre malade ? On comprend que ce serait rentrer dans la longue et obscure discussion de la pathogénie des rhumatismes secondaires, sans apporter d'élément nouveau pour l'éclairer.

Nous nous bornons donc à poser la question du rhumatisme typhique, en l'étayant sur les deux faits rapportés plus haut, mais aussi en attendant, avant de la résoudre définitivement, que des observations plus nombreuses aient consacré son existence. —*Gazette Médicale* de Paris, 8 oct. 1881.

Influence des diathèses sur la syphilis.

Le professeur Verneuil admet qui si, dans certains cas, il peut y avoir simple coïncidence, sans réaction de l'une sur

l'autre, entre la syphilis et les états constitutionnels tels que scrofule, tuberculose, arthritisme, etc., il arrive aussi assez souvent qu'il survienne des formes mixtes, très variées, fort importantes à reconnaître en pratique et malheureusement étudiées trop peu jusqu'à ce jour. Il y a ainsi de véritables hybridités syphilitiques. M. Verneuil a surtout observé l'hybridité scrofulo-syphilitique et siphylo-cancéreuse. La scrofule manifeste diversement son influence : elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle attaque elle-même communément, peau, ganglions lymphatiques, périoste, etc., elle y provoque facilement le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire ; à l'état dyscrasique simple elle n'aggrave pas notablement la syphilis ; elle en rend peut-être les manifestations locales plus fortes, mais en revanche y abolit le symptôme douleur.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le népoplasme, dernier venu, épithélioma ou carcinôme qui subit l'influence de la vérole. Ces cas sont du reste assez rares.

L'association dans une tumeur, dans une ulcération, de la syphilis et du cancer donne à la lésion une physionomie douteuse qui rend le diagnostic très épineux. D'ordinaire les caractères objectifs sont ceux de la vérole tertiaire ; mais l'engorgement ganglionnaire si exceptionnel dans la syphilis ancienne, plaide pour le néoplasme. L'indolence presque complète, la marche lente, la bénignité relative des symptômes sont du fait de la syphilis ; mais le progrès continu, la généralisation fréquente et en fin de compte la terminaison toujours fatale établit définitivement le diagnostic. Le traîtement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux ; il procure alors des améliorations qu'il ne donne jamais dans les cancers ordinaires. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

———

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *Août* 1881.

— M. le docteur Du CASTEL. médecin du Bureau central, lit une note intitulée : *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée.*

M. Du Castel a expérimenté la médication éthérée opiacée, dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave.

Dans nombre de cas, la suppuration n'a pas eu lieu ; il y a eu arrêt de développement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules. Les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption.

Dans les cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. — Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence da variole grave ; *le plus tôt est le mieux* ; quand le traitement a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, il y a toujours eu supparation.—La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration à la suite d'accidents d'infection ; mais alors, encore, il y avait eu amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc.

Voici le mode d'administration de ce traitement : 1o. matin et soir, injection d'éther ; une pleine seringue de Pravaz chaque fois ; 2o. extrait thébaïque, 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes : chez la femme, la dose est le plus souvent de 15 centigrammes : chez les hommes, presque toujours 20 ; 3o. perchlorure de fer, xx gouttes dans une potion de 125 gr. L'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillerées à bouche.

La médication éthérée opiacée doit être réservée pour les formes graves, parce que les injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares, quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement.

L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles.

Les malades chez lesquels l'éruption s'est arrêtée étaient tous, un seul excepté, d'anciens vaccinés. C'est la suppuration que combat la médication éthérée opiacée, et son action est incomparablement plus marquée chez les sujets anciennement vaccinés. — (*Gazette Médicale* de Paris, N° 36, 3 septembre 1881,)

CORRESPONDANCE MÈDICALE

Action de la pilocarpine dans le croup après la trachéotomie

Pour faire suite aux observations récentes qui établissent les bons résultats obtenus dans la diphthérie par l'emploi de la pilocarpine, j'ai l'honneur de vous adresser la relation d'un fait qui en est la confirmation sous une forme nouvelle et qui permet, à mon avis, de saisir nettement le mode d'action thérapeutique du médicament.

Le lundi 4 juillet dernier, je fus appelé en consultation à Lerentrech par mon ami le Dr Duliscouët auprès du jeune L, âgé de 6 ans, atteint de croup bien caractérisé. La situation était si grave que la trachéotomie dut être pratiquée séance tenante. Nous n'avions à notre disposition qu'une canule un peu trop volumineuse, mais il eût fallu trop de temps pour s'en procurer une autre. Son introduction dans la trachée fut longue et difficile ; un instant nous crûmes le petit malade perdu. Enfin, après une grande demi-heure de lutte, nous eûmes le bonheur de le rappeler à la vie,

Mardi 5. — La nuit s'est bien passée ; le nettoyage de la

canule a été fait avec intelligence par les parents : T = 39°, j'avais lu l'avant-veille l'intéressante observation de M. Le Reboullet dans la *Gazette hebdomadaire* (mai 1881) ; j'en fis part à mon collègue.

Le soir même, la respiration étant devenue bruyante et embarrassée, M. Duliscouët injecta sous la peau du cou 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine dans un gramme d'eau distillée. Cinq minutes après, salivation abondante ; une quinte de toux expulse par la canule un flot de mucus et de fausses membranes. Un calme parfait succède et se maintient toute la nuit.

Mercredi 6 juillet. — L'enfant paraît bien ; T = 38° 2., la respiration est aisée. Le petit malade avale sans peine du bouillon et du lait alcoolisé ; il s'est assis et a joué dans son lit.

Nous pratiquons néanmoins matin et soir une injection sous-cutanée avec 5 milligrammes de pilocarpine. Chaque fois après quelques minutes, toussillement quinteux avec rejet de mucus et de fausses membranes par la canule.

Jeudi 7. — La nuit a été mauvaise. L'enfant est agité ; T = 38° 5 ; la respiration est plus bruyante, l'expectoration plus difficile. M. Duliscouët ne voyant pourtant rien d'inquiétant s'abstient de faire, comme les jours précédents, une injection de pilocarpine. A deux heures de l'après-midi, le père vient nous chercher à la hâte, nous trouvons l'enfant dans un état d'asphyxie avancée : regard terne, facies pâle, violacé, lèvres bleuâtres, extrémités froides, etc.

De suite les deux canules sont enlevées. Nous cherchons vainement à extraire avec une pince une large fausse membrane que l'on aperçoit dans la trachée. La situation semble désespérée. Une injection de pilocarpine (0, gr. 01 environ) est pratiquée par M. Duliscouët en avant de la poitrine. Cinq minutes après l'enfant est pris d'une quinte violente et rejette par la plaie trachéale un grand nombre de fausses membranes baignées de mucus. L'une d'elles plus volumineuse présente la forme de l'éperon bronchique. Les efforts de toux

durent ainsi pendant près d'une demi-heure, expulsant chaque fois des débris pseudomembraneux. Peu à peu le visage de l'enfant s'est coloré, exprimant un soulagement extrême. A 3 heures et demie tout est rentré dans l'ordre.

Le soir, nouvelle injection de 5 milligrames de pilocarpine suivie de l'effet bienfaisant ordinaire.

Vendredi 8. — L'enfant a parfaitement dormi ; il n'y a plus de fièvre : l'expectoration est purement muqueuse, un peu épaisse, mais très facile. Une dernière injection de pilocarpine est pratiquée par précaution. Dans l'après-midi, la canule enlevée provisoirement à titre d'essai est supprimée définitivement le soir. Le lendemain et jours suivants, le larynx s'est dégagé en même temps que se fermait la plaie trachéale.

A partir de ce moment la guérison s'est affirmée sans la moindre interruption.

Nous sommes convaincus, le Dr Duliscouët et moi, que la trachéotomie à elle seule n'eût pas sauvé notre petit malade et que l'honneur en revient aux injections répétées de pilocarpine. Il nous a paru de toute évidence que l'action bienfaisante de la pilocarpine est due à l'hypersécrétion bronchique qu'elle provoque, détachant et entraînant à l'extérieur les fausses membranes qui obstruent les voies respiratoires.

Dr Lemoyne (Lorient.)

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1881.)

Croup ; Angine diphthérique ; Administration de la pilocarpine ; guérison.

Par le docteur Cassin (d'Avignon.)

Après la statistique de Guttmann (Wien, Méd. Centralblat, numéro 41) où 81 cas de diphthérie traités par la pilocarpine ont tous guéri, et cela dans un espace de temps très court, de vingt-quatre heures à trois jours ; après l'observation communiquée par M. Lereboulet à la Société médicale des hôpi-

taux (16 mai 1881) où dans un cas désespéré, l'amélioration, puis la guérison ont coïncidé avec l'administration de la pilocarpine en injections sous-cutanées, voici un nouveau triomphe incontestable de cette médication. Dans le cas de M. Cassin, il s'agit d'un enfant de 6 ans, chez lequel la diphthérie, qui avait d'emblée envahi le larynx, s'était révélée le second jour sur les amygdales et dans les fosses nasales. L'état général était grave, les accès de dyspnée fréquents ; en cinq jours, la guérison a été obtenue. Le traitement consiste dans l'administration d'un vomitif le premier jour, et ensuite une potion contenant 1 centigramme de pilocarpine, prise par cuillerées à café d'heure en heure aussi bien la nuit que le jour.

En présence de pareils résultats, on ne peut que demander une expérimentation plus étendue, qui permette d'apprécier en parfaite connaissance de cause qu'elle est la valeur du jaborandi dans le croup et l'angine couenneuse. (*Lyon médical*, 5 juin 1881.)

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE

(Conférences cliniques de M. le professeur Charcot)

DE LA PARALYSIE AGITANTE ET DU TREMBLEMENT SÉNILE. DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE DANS L'HYSTÉRIE.

On est habitué à considérer dans la paralysie agitante surtout le phénomène du tremblement qui, bien que très caractéristique peut cependant dans certains cas, manquer complètement, soit qu'il ait disparu après avoir existé quelque temps, soit même qu'il n'ait jamais existé. M. Charcot, dans une de ses leçons, a surtout insisté sur les diverses particularités, qui en dehors du tremblement donnent à la maladie son aspect spécial. C'est tout d'abord la rigidité musculaire qui détermine une attitude particulière, qui fait, que selon une comparaison très juste, le malade semble empalé, le tronc étant légèrement fléchi en avant, le cou fixe, la tête presque

immobile et se tournant difficilement. Cette rigidité est due à la contracture musculaire, laquelle est constante, plus même que le tremblement. Lorsque ce symptôme s'annonce, les malades accusent des crampes suivies de roideurs d'abord passagères, puis plus ou moins durables et s'exagérant par exacerbations. En général, les muscles fléchisseurs sont affectés les premiers et toujours au plus haut degré. L'attitude ainsi produite est assez caractéristique pour qu'on puisse diagnostiquer la paralysie agitante alors même qu'il n'y a pas de tremblement. Mais cette contracture localisée dans certaines régions donne lieu à d'autres phénomènes non moins importants : la face exprime l'étonnement et un certain degré de concentration de l'esprit, expression qui, d'après les recherches de Duchenne (de Boulogne) est due à la contraction du frontal et de la partie supérieure de l'orbiculaire des paupières ; le regard est fixe, ce qui dépend encore de la contraction des muscles de l'œil. La perpétuité impassible de cette expression donne à la physionomie un certain degré d'hébétude ; l'intelligence reste néanmoins absolument intacte jusqu'à la fin. La parole est cependant altérée ; elle est quelquefois un peu saccadée, se produisant comme par une série de petites explosions et même accompagnée de bredouillements, mais ces troubles ne sont nullement en rapport avec les altérations cérébrales et dépendent complètement des troubles de la contraction musculaire.

La rigidité musculaire, au niveau des membres supérieurs, donne encore lieu à des déformations toutes particulières et qui se rapprochent souvent assez de celles qui sont produites par le rhumatisme chronique pour que sa confusion ait pu être faite dans certains cas. La distinction est cependant assez facile à établir, car dans la paralysie agitante, on ne retrouve pas la tuméfaction et la rigidité articulaires ainsi que les bourrelets osseux et les craquements que l'on observe dans le rhumatisme.

A côté de ces phénomènes dus aux troubles musculaires et auxquels il faudrait joindre encore ce défaut d'équilibre qui

donne lieu soit à la propulsion, soit à la rétropulsion, on observe encore certaines sensations spéciales souvent très pénibles pour le malade et qui sont d'une interprétation très difficile. Chez la plupart des malades, en effet, il existe un malaise indéfinissable qui se traduit par un besoin incessant de changer de position. C'est surtout au lit, pendant la nuit, que ce besoin de déplacement se fait remarquer et il est alors souvent d'autant plus pénible pour les malades qu'ils peuvent être incapables de faire par eux-mêmes aucun mouvement; c'est le même besoin qui fait que les malades éprouvent un bien-être particulier et ne se trouvent jamais mieux que lorsqu'ils circulent en voiture ou sont soumis au mouvement et aux cahots des véhicules de toutes sortes.

Enfin une sensation toute spéciale à ces malades est celle qui leur fait ressentir presque constamment une chaleur excessive, à tel point que pendant les froids les plus rigoureux, la nuit surtout, ils ont une grande tendance à se découvrir complètement et dans certains cas contractent ainsi des affections mortelles. Cette sensation de chaleur se fait spécialement sentir à la région épigastrique et sur le dos, et chose remarquable, ainsi que M. Charcot l'a vérifié depuis longtemps, quelle que soit l'intensité de cette sensation, la température centrale n'est nullement modifiée,

L'étude de ces différents phénomènes montre donc qu'on ne doit pas se borner à l'observation du tremblement pour le diagnostic de la paralysie agitante qui se compose ainsi qu'on le voit, d'éléments beaucoup plus complexes.

Le phénomène du tremblement peut se montrer encore dans certains cas à l'état isolé et présenter alors ce caractère commun avec la paralysie agitante qu'il ne s'accompagne d'aucune lésion des centres nerveux ; tel est en particulier le tremblement sénile. M. Charcot a fait voir à ce propos, combien était répandue cette idée erronée que le tremblement est fréquent chez les vieillards ; il est même dit dans un traité d'hygiène qu'il y a fort peu de vieillards qui ne tremblent pas. Or, c'est le contraire qui est vrai, car la plupart des trem-

blements dit séniles ont commencé à un âge peu avancé, le plus souvent sans cause connue, quelquefois à la suite de quelque émotion morale. Ce tremblement qui diffère de la paralysie agitante par l'absence de contracture et des autres phénomènes concomitants, se localise souvent sur un groupe de muscles donnant lieu quelquefois à des mouvements singuliers ; sur les muscles du cou par exemple il dirige alternativement la tête à droite ou à gauche ou en avant et en arrière. A côté de malades de ce genre, M. Charcot a pu en montrer une chez laquelle le tremblement presque localisé dans les jambes donnait lieu à une sorte de danse bizarre lorsqu'elle voulait marcher. Chez une autre, le tremblement se produisait presque exclusivement dans le grand palmaire, déterminant ainsi une agitation constante de la main droite. Tous ces tremblements présentent encore ceci de commun avec la paralysie agitante que, comme cette dernière, ils ne paraissent influencés par aucune espèce de traitement sauf dans des cas tout à fait exceptionnels.

—Les effets physiques déterminés par l'électricité suivant les appareils qui l'ont produite, présentent tant de différences qu'on peut supposer que les effets physiologiques qu'on peut obtenir avec ces différents appareils sont eux-mêmes très divers. Habituellement ce sont presque exclusivement les courants d'induction ou les courants continus que l'on emploie en thérapeutique et l'on a délaissé à peu près complètement l'électricité statique qui autrefois était fréquemment utilisée. M. Charcot a cherché si ce mode d'électricité ne pouvait pas présenter, dans certains cas, de sérieux avantages et a obtenu ainsi des effets très remarquables. Cette méthode nécessite une installation spéciale qui ne peut être faite que dans certains cas particuliers, ce qui en restreint forcément beaucoup l'usage, mais elle peut, d'un autre côté, être appliquée simultanément à un grand nombre de malades ce qui facilite beaucoup la généralisation de ce traitement dans certaines conditions. A la Salpêtrière, où cette installation a été faite par M. Vigouroux, on soumet ainsi en même temps cinquante mala-

des au traitement électrique. L'appareil employé est une machine électrique très analogue à la machine usitée communément dans les cabinets de physique, bien que modifiée dans certaines parties. En raison de ses dimensions et de la longue durée des séances, le plateau de verre est mis en mouvement au moyen d'un petit moteur à gaz. Les malades sont placées sur des tabourets isolés en communication avec le conducteur et sont ainsi dans le bain électrique. A ce moment et tant que la machine fonctionne, les malades sont soumises au passage incessant de l'électricité, car celle-ci s'échappe continuellement de toute la surface du corps et surtout par les parties saillantes. Pendant ce temps les malades éprouvent certaines sensations particulières ; elles les comparent à un souffle léger, elles ressentent aussi des picotements, les fonctions de la peau sont activées, l'appétit augmenté ; dans cette situation elles sont sous l'influence de décharges continues presque insensibles, mais on peut donner plus d'activité à tous ces phénomènes avec des excitateurs que l'on peut modifier de telle sorte, dans leur forme, qu'ils agissent sur les différents organes, sur ceux des sens en particulier. On obtient aussi des effets remarquables que M. Charcot a pu faire apprécier dans une de ses conférences. Chez plusieurs malades placées sur les tabourets isolés et soumises ainsi au bain électrique, au bout de vingt minutes de nombreuses modifications se produisaient. Chez l'une d'elles atteinte d'une contracture hystérique de l'avant-bras gauche, l'excitateur placé au niveau de l'avant-bras droit amenait la contracture de ce membre par suite d'un phénomène de transfert incomplet, car le membre malade restait encore incomplètement contracturé. Cette malade avait déjà été guérie deux ans auparavant de la même affection par le même procédé et ce n'est que depuis peu de temps qu'elle avait éprouvé une récidive. Chez d'autres malades une hémianesthésie accompagnée d'achromatopsie disparaissait complètement pendant ce bain électrique. Or, des phénomènes de même ordre se produisent de même chez presque toutes les hystériques, et les effets amenés

par l'électricité statique sont à peu près toujours semblables, présentant une très grande uniformité. Un fait important à noter, parce qu'il est très facile de l'observer et qu'il répond d'une manière péremptoire à cette idée mise si souvent en avant que les résultats obtenus ne sont le résultat que de la supercherie ou de ce que les Anglais ont appelé *l'expectant attention*, c'est que si on interrompt la communication avec la machine électrique, le retour de la sensibilité ne se produit en aucune façon, non plus que la contracture.

Comme à la suite de l'emploi des autres moyens esthésiogènes, parmi lesquels l'électricité statique joue un rôle important, le retour de la sensibilité n'est le plus souveut que temporaire, après un jour ou deux l'insensibilité primitive reparaît presque toujours ; cependant, il est des cas où ce retour est permanent et où la guérison peut être considérée comme définitive. Mais ce n'est alors le plus souvent qu'après des séances nombreuses et réitérées que ce résultat peut se produire.

L'électricité statique doit donc être placée, au point de vue du traitement de l'hystérie, et il faut ajouter aussi de certaines autres affections du système nerveux, à côté des autres agents physiques qui sont destinés à ramener la sensibilité ; ce procédé semble plus efficace que les autres, car presque toutes les malades de la Salpêtrière y paraissent sensibles.

Le retour de la sensibilité paraît aussi plus durable, et pendant tout ce temps les malades sont moins sujettes aux attaques : c'est donc un moyen thérapeutique dont l'étude n'est encore qu'à son début, mais qui mérite à un haut degré l'attention de tous les médecins.

Dr Paul Lucas-Championnière,
Ancien interne des hôpitaux.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*, Octobre 1881.

Traitement de l'eczéma.

Nous trouvons dans les *Annales de dermatologie* le procédé préconisé par le Dr Lassar (de Berlin) pour le traitement de l'eczéma. Cet auteur attache une grande importance à l'emploi des substances antiseptiques. Il rappelle d'abord que Hébra et ses élèves conseillent très expressément de traiter par l'expectation les exzémas aussi longtemps qu'ils ont le caractère aigu, de les recouvrir de poudres indifférentes et dans les cas seulement où la démangeaison et la tension deviennent tout à fait insupportables, de faire des applications d'eau ou de glace. M. Lassar dit que ces applications sont en général très mal supportées, aussi doit-on dans les eczémas aigus, cesser entièrement les lotions avec l'eau ou avec des solutions aqueuses. Les malades se trouvent au contraire très-bien d'applications faites dès le début sur les parties enflammées avec des huiles antiseptiques. Tandis que l'eau augmente la tension et la tuméfaction de la peau, celle-ci devient rapidement souple sous l'influence de l'huile qu'elle absorbe avidement, et l'on voit alors les croûtes adhérentes, les caillots et les masses épithéliales se détacher. Si l'on mélange avec l'huile 1 à 2 0[0 d'acide phénique, on obtient en même temps une diminution du prurit et la cessation du grattage auquel les malades ne peuvent que difficilement résister et encore lorsqu'ils ont à leur disposition un remède contre la prurit. On doit rapporter cette action spéciale du phénol à ses propriétés anesthésiques. Après avoir nettoyé avec de l'huile les parties enflammées et les avoir fortement arrosées, la peau en absorbe des quantités considérables, on applique un bandage circulaire fait avec de la mousseline trempée dans l'huile et on le recouvre complètement avec de la toile. Le phénol n'est parfois bien supporté que pendant un temps limité, puisqu'il peut aussi provoquer de l'eczéma. Il faut alors le remplacer par l'acide salicylique.(1 à 2 0[0) ou par le thymol (1[2 à 1 0[0). L'huile de thymol est surtout efficace dans toutes les affections bulbeuses et pemphigoïdes, ainsi qne dans le pemphigus proprement dit et dans l'érysipèle ; on l'a employée aussi dans les brûlures.

HOPITAL LAENNEC

(Conférences cliniques de M. le docteur Ferrand).

Des différentes formes de la fièvre dans la tuberculose.

La fièvre constitue un élément si important et si fréquent dans la tuberculose, qu'on peut dire d'une façon presque absolue qu'il n'y a pas de phthisique sans fièvre, mais celle-ci présente aussi une telle diversité suivant la période de la maladie et suivant la forme même de la phthisie qu'il serait, pour ainsi dire, nécessaire de l'étudier dans chaque cas particulier, tant il y a d'importance à la traiter ; elle joue en effet un rôle si considérable dans la phthisie que le médecin doit s'attacher par tous les moyens possibles à la combattre.

La fièvre de la tuberculose peut se montrer, comme on sait, à trois périodes de son évolution constituant ainsi la fièvre d'invasion, la fièvre de ramollissement et la fièvre de la dernière période qui est en grande partie sous la dépendance de la résorption des produits septiques qui se forment dans les cavernes pulmonaires.

Parmi elles, la fièvre d'invasion a peut être le plus d'importance, tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Elle se montre fréquemment avec des caractères si insidieux que M. Pidoux a pu dire qu'elle échappait souvent absolument au malade, alors que le médecin pouvait cependant la reconnaître par l'observation thermométrique. Dans certains cas, elle se rapproche par sa forme de certaines fièvres typhoïdes légères. Elle peut avoir beaucoup d'analogie avec la fièvre de l'embarras gastrique, avec laquelle elle peut d'autant plus être confondue que cette dernière affection se voit souvent au début de la tuberculose. Elle n'en diffère guère alors que par sa persistance, par l'influence du traitement et aussi par ses irrégularités, qui ne se retrouvent pas dans l'embarras gastrique. Il arrive aussi assez souvent qu'on voit des enfants présentant des accès de fièvre irréguliers, et se reproduisant sans qu'on puisse en trouver la cause ; s'il s'agit d'enfants, suspects par leur antécédants personnels ou

héréditaires,on soupçonne volontiers la tuberculose, alors qu'il s'agit seulement de ces états assez mal déterminés, il est vrai, qu'on désigne sous le nom de fièvre de croissance.

Il y a d'ailleurs des différences assez tranchées dans la fièvre, suivant la forme de la phthisie qu'elle accompagne. M. Ferrand admet en effet quatre formes de phthisie présentant des caractères par lesquels elles diffèrent notablement entre elles ; un de ces caractères est dans certains cas constitué par la fièvre qui peut se comporter ainsi de manières fort différentes. Dans la phthisie acquise par exemple où le poumon présente une remarquable intolérance pour le produit tuberculeux, où les complications sont fréquentes, la fièvre présente assez souvent un aspect spécial. C'est surtout dans les cas de phthisie acquise que l'on voit la fièvre se développer avec intensité, avant même que les lésions locales soient susceptibles d'en rendre compte. La ténacité est alors un de ses principaux caractères, et les rémissions qu'elle présente n'ont pas toujours lieu le matin comme il arrive dans la phthisie commune. M. Ferrand pense que c'est surtout dans ces cas qu'on observe les exacerbations fébriles du matin ou de tout autre heure du jour.

Dans la phthisie aiguë la fièvre est remarquable par son acuité et aussi par la marche persistante qu'elle affecte en général. On a cité, il est vrai, des cas de phthisie aiguë qui se seraient produits avec absence presque complète de fièvre, mais ce sont là des faits tout-à-fait exceptionnels. L'importance et l'intensité de la fièvre caractérise au contraire les formes pyrétiques de la phthisie aiguë, formes féquentes à ce point que, pour quelques médecins, la maladie ne serait elle-même qu'une pyrexie. Le fait est que la fièvre est en général vive et tenace, bien que rémittente. Les rémissions suivent à peu près la même marche que dans les formes chroniques ; parfois elles sont plus nettes encore, si bien qu'on a pu les confondre avec une fièvre intermittente. Souvent aussi c'est dans cette forme que les maxima febriles se rencontrent le matin.

Dans la phthisie arthritique que M. Ferrand considére comme très différente des autres formes à beaucoup d'égards, les phénomènes généraux sont en désaccord flagrant avec les symptômes locaux. Bien que les accidents fébriles ouvrent souvent la marche et que les sujets maigrissent de bonne heure, ils gardent longtemps une animation et une activité dont on peut être surpris en comparant cet état général aux lésions que fait coustater l'examen physique des organes. Cette animation à laquelle la fièvre peut d'ailleurs contribuer, cette activité que le système nerveux conserve, malgré la déchéance nutritive a fait appeler cette forme du nom de phthisie floride. La fiévre souvent, au début surtout, ne se montre que par intervalles plus ou moins éloignés. Quand elle devient habituelle, on peut ici encore constater que ses paroxismes se rencontrent fréquemment le matin. Elle est d'ailleurs assez nettement définie en ses divers stades, jusqu'au point de simuler un accés de fièvre intermittente. Elle peut être biquotidienne. En tous cas, elle n'offre pas ce caractère de persistance continue et régulière que l'on rencontre dans les formes communes ; elle subit des éclipses plus ou moins prolongées, suivies de brusques apparitions lesquelles correspondent aux phases de ramollissement ou aux complications de congestion et de catarrhe bronchique. Fait remarquable, les malades atteints de phthisie arthritique finissent souvent, après des phases aiguës répétées, par tomber dans un véritable collapsus et c'est le plus souvent par syncope, plus encore que par asphyxie, que finissent ces phthisiques quand ils atteignent les dernières limites de la cachexie.

Dans la phthisie scrofuleuse enfin, la fièvre est peu intense ; nulle dans la plus grande partie de la journée, elle présente des exacerbations modérées, lesquelles sont à peu près constamment vespérales. On n'observe presque jamais alors de ces températures élevées qui dénotent de forts accès fébriles.

On voit par cette étude rapide que M. Ferrand a approfondie déjà dans ses *Leçons sur la phthisie pulmonaire,* que la fièvre peut, sous différentes formes, revêtir des modalités assez diffé-

rentes. Toutefois, au point de vue thérapeutique, le sulfate de quinine et surtout le bromhydrate de quinine qui est plus soluble, est plus facile à administrer surtout aux enfants, moins franchement amer, et détermine des phénomènes physiologiques un peu différents, peuvent répondre à toutes les indications tirées de la fièvre, avec des résultats assez variables, il est vrai. Ainsi c'est surtout dans la fièvre d'invasion et principalement lorsque la réaction est bien franche, dans la phthisie arthritique par exemple, que ce médicament donne des succès ; à la période de résorption au contraire son action est très atténuée. Il est bon de répéter d'ailleurs que le moment de son administration a une grande importance au point de vue de son action. On sait que c'est en général trois heures environ après son ingestion qu'il commence à agir sur l'économie, on doit donc le prescrire de manière qu'il soit pris trois heures avant l'accès ou la recrudescence de la fièvre et le faire prendre accompagné de quelques aliments pour éviter son action directe sur l'estomac. Au début, de petites doses, 25 à 50 centigrammes suffisent, mais à une période plus avancée la dose doit être plus élevée, 60 centigrammes à un gramme ; il agit alors non seulement comme antipyrétique mais enfin comme décongestionnant le poumon. Dans la fièvre de résorption, bien qu'il agisse encore comme antiseptique, on a sous ce rapport des agents beaucoup plus puissants que lui. On ne doit pas oublier non plus qu'on a aussi dans l'arsenic un moyen antifébrile précieux qui agit surtout dans les formes insidieuses et prolongées du début, mais qui peut être utile aussi dans les périodes plus avancées.

P. L.-C.

(*Journal de médecine et de chirurgie.* Octobre, 1881.)

Atrophie généralisée ; cirrhose de l'estomac avec disparition des glandes à pepsine

Par le Dr Schmitt (de Nancy.)

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme âgée de 40 ans, à habitudes alcooliques, morte dans le service de M. le professeur Parisot (de Nancy), dans un état de cachexie extrême. Pendant les trois mois où on put l'observer, on ne constata chez elle qu'un état dyspeptique des plus prononcés, s'accompagnant de vomissements à la moindre ingestion d'aliments ; la nutrition de la patiente en était compromise, et l'amaigrissemeut et le marasme étaient arrivés au dernier degré. On n'avait jamais observé chez elle ni tumeur épigastrique, ni vomissements noirs, ni mœléna.

A l'autopsie, on trouva, à côté d'autres lésions moins intéressantes, une atrophie viscérale généralisée ; le foie ne pesait que 640 grammes (moyenne normale, 1,400), et ne présentait cependant aucune altération de structure ; le pancréas 30 grammes (normale, 70) ; la rate 37 grammes au lieu de 195 ; le rein droit 80 gr., et le gauche 30 (normale, 170) ; le cœur ne pèse que 108 gr. pour 200 chez une femme du même âge ; les poumons 400 gr. au lieu de 950 ; enfin le cerveau, bien que recouvert de ses membranes, et malgré un œdème sous-arachnoïdien et ventriculaire notable, ne pèse que 1,020 gr. au lieu de 1,250, poids moyen du cerveau *dépouillé* de ses enveloppes. Ces divers organes présentent d'ailleurs une intégrité de structure à peu près parfaite, et aussi une diminution dans toutes les dimensions en rapport avec leur poids si restreint. L'estomac ratatiné constitue une partie *rétrécie* du tube digestif : sa contenance n'est que de 105 centimètres cubes ; il mesure du cardia au pylore 7 centimètres au lieu de 12, et la grande courbure n'a que 16 centimètres et demi au lieu de 25. Sa muqueuse ne présente ni ulcération d'aucune nature, ni cicatrice récente ou ancienne ; mais les glandes à pepsine ont presque complétement disparu sur tous les points, étouffées et remplacées par une abondante prolifération conjonctive.

Cette atrophie généralisée, qui pour être surtout marqnée dans les viscères, n'en atteignait pas moins les masses musculaires et même la peau, dépassait de beaucoup celle que l'on observe d'habitude dans le marasme sénile ou dans l'inanition prolongée. Cependant c'est à cette dernière cause qu'on doit la rattacher, eu égard à la suppression à peu près absolue de la fonction stomacale. — (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 15 avril 1881).

De l'épilepsie gastrique.

Le Dr. Pommay rapporte dans la *Revue de Médecine* deux cas d'épilepsie produits par des troubles digestifs. D'après l'auteur cette cause serait suffisamment fréquente pour faire placer l'épilepsie gastrique chez l'homme sur le même rang que l'épilepsie utérine chez la femme. Le sujet de la première observation est un jeune homme de vingt-six ans qui fut pris d'une attaque convulsive après une longue course à cheval. Il avait déjà eu une attaque semblable un an auparavant, mais rien chez lui dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne se rapportait à l'épilepsie, il n'était pas alcoolique. Il s'agissait donc probablement d'une épilepsie périphérique dont la cause restait à déterminer. Or, ce jeune homme dans la journée précédant l'attaque, avait fait 80 kilomètres à cheval, déjeuné assez copieusement le matin et était rentré tard ayant fort chaud. Il but alors successivement plusieurs verres d'eau à peine rougie par le vin et mangea fort peu. Trois heures après il avait son attaque accompagnée de vomissements alimentaires. M. Pommay considéra, avec réserve toutefois, cette attaque comme emmenée par une indigestion et recommande la modération dans l'alimentation.

Le deuxième cas vient confirmer cette manière de voir. Un militaire habituellement sobre, s'étant légèrement enivré, fut pris le soir d'une attaque d'épilepsie avec vomissements alimentaires. Le lendemain il avait de l'embarras gastrique; cet

état ne persista que deux jours. Chez lui la première crise épileptique était survenue peu de temps après son entrée au service et à la suite d'une écart de régime. Depuis, il avait eu plusieurs autres attaques toujours produites par la même cause. Aussi est-il obligé de s'observer beaucoup, et à chaque oubli il a une attaque. Chez lui, comme chez le premier malade, les antécédents héréditaires sont nuls. On voit par ces exemples que l'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies par la cause (écarts de régime), par les symptômes, vomissements alimentaires ajoutés aux symptômes ordinaires de l'attaque, et par les suites, embarras gastrique.

On peut rapprocher avec avantage ces faits de cas étudiés par M. Mépine au sujet de l'épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime chez des individus très sanguins. Dans ces cas on avait affaire à de gros mangeurs, pléthoriques. Un traitement diététique accompagné d'émissions sanguines a eu pour effet de faire cesser les attaques. M. Pommay pense aussi qu'on pourrait rattacher à cette forme, mais de plus loin, certains cas dont on a fait dernièrement une entité morbide sous le nom de névrose pneumogastrique. D'après les auteurs qui ont décrit cette affection, les symptômes ont consisté en crises de battements de cœur, en oppression et sentiment de faim poussé jusqu'à la douleur. Ces symptômes apparaissaient à la suite d'écarts de régime et cessaient facilement après un traitement ayant pour objectif les troubles de la digestion. — (*Jonrnal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

Pathologie expérimentale.

Nous publions ci-dessous une observation des plus intéressantes de M. le docteur Deubel (de Monthéliard), communiquée par M. le docteur Féréol, au nom de l'auteur à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 28 courant 1881.

E. R.

ERYSIPÈLE GANGRENEUX.—EMPLOI DES GREFFES ÉPIDERMIQUES POUR HATER LA LA CICATRISATION.—INOCULATION DE LA SYPHILIS PAR L'INTERMÉDIAIRE DES GREFFES, par M. le docteur DEUBEL.

Un homme de 49 ans, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, était atteint au commencement de janvier 1881 d'un érysipèle gangréneux ayant comme point de départ une ulcération superficielle siégeant sur des hémorrhoïdes. L'érysipèle envahit bientôt le tiers supérieur de la cuisse gauche et détruisit toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ne respectant que la partie postérieure du membre.

Le 7 mars suivant, la cicatrisation n'apparaissait encore que sur la moitié externe de la plaie, en quelques points isolés. C'est alors que quarante-cinq (45) greffes dermo-épidermiques, prises sur cinq personnes âgées de 25 à 40 ans, furent placées sur la moitié externe de la plaie bourgeonnante. La surface totale de la plaie était alors de trois centimètres carrés. Trente-trois (33) d'entre ces greffes contractèrent adhérence.

Le 18 mars, vingt-huit nouvelles greffes, prises sur la muqueuse buccale d'un lapin, furent placées sur la moitié interne de la plaie. Le pansement fut levé au bout de quarante-huit heures : les greffes avaient disparu par fonte cellulaire.

Cinq jours plus tard, le 23 mars, quarante autres greffes, prises sur sept personnes âgées de 12 à 54 ans, furent posées sur la moitié interne de la plaie ; trente d'entre elles conservèrent leur vitalité.

Au commencement du mois d'avril, la moitié externe de la plaie qui avait reçu les premières greffes était presque entièrement cicatrisée ; ces greffes avaient fourni des surfaces cicatricielles de quinze à dix-huit millimètres de diamètre qui se confondaient ou arrivaient au contact. Sur la moitié interne de la plaie, les greffes et la cicatrice partant des bords se développaient avec rapidité, lorsque le 5 avril, c'est-à-dire un mois après l'application des premières greffes, il apparut sur la moitié externe de la plaie (presque entièrement cicatrisée) une ulcération gris bleuâtre, creusée en forme de godet, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Les jours suivants, de

nouvelles ulcérations se produisirent, semblables à la première et, dans l'espace de trois jours, la cicatrice fut complètement détruite par ces ulcérations. Par contre, sur la moitié interne de la plaie, il ne survint aucune ulcération, mais le travail de cicatrisation s'arrêta, les greffes pâlirent et tombèrent au bout d'une dizaine de jours.

Ma première pensée fut que j'avais communiqué la syphilis à mon malade par l'intermédiaire du sang de l'un des sujets qui avaient fourni les greffes. Cependant, le 9 avril, c'est-à-dire quatre jours après le début de ces ulcérations, la femme du malade était, à son tour, atteinte d'un érysipèle qui envahissait tout le corps et auquel elle succombait le quinzième jour. Elle avait soigné jusque-là son mari et habité la même chambre que lui. D'autre part un ouvrier qui passait la moitié de ses journées dans la maison de mon malade (celui-ci est aubergiste), vint me trouver le 12 avril pour une lymphangite du membre supérieur, laquelle avait comme point de départ une piqûre de la main produite par un clou.

Ces trois accidents, survenus dans l'espace d'une semaine chez des personnes vivant dans un milieu où l'encombrement et l'absence de propreté sont très prononcés, me permirent de supposer que l'ulcération de la plaie, l'érysipèle et la lymphangite étaient dus à une même cause infectieuse.

Les jours suivants, les ulcérations, touchées avec le crayon de nitrate d'argent, prenaient un aspect rosé ; cependant il s'en produisait toujours de nouvelles. C'est ainsi qu'il s'en développa pendant plus de trois mois, toujours situées exclusivement sur la moitié externe de la plaie, c'est-à-dire là où les premières greffes avaient été placées.

Mais dix semaines après l'application de ces premières greffes, le 19 mai, je constatais l'apparition d'une roséole abondante ; puis bientôt il se faisait une éruption croûteuse du cuir chevelu ; enfin, un peu plus tard, au mois de juillet, il se développait des plaques muqueuses dans la bouche de mon malade.

Un des fils de celui-ci, âgé de 25 ans, et qui chaque fois

avait fourni des greffes, vint me trouver dans le courant du mois de mai, peu de jours avant l'apparition de la roséole chez son père. Il ressentait depuis quelques mois, disait-il, des douleurs et des démangeaisons à l'anus. En l'examinant j'y découvris des plaques muqueuses. Ce jeune homme avait eu, dix-huit mois auparavant, un chancre pour lequel, ajoutait-il, il n'avait pas jugé nécessaire de consulter un médecin.

J'avais donc communiqué la syphilis à mon malade par le sang qui adhérait aux greffes prises sur son fils. Le malheureux homme ignore que je lui ai inoculé la syphilis ; il a suivi un traitement mercuriel et iodurė qu'il croit destiner à purifier son sang vicié par une longue suppuration. Depuis quelques semaines seulement (commencement de septembre) sa plaie est entièrement cicatrisée, c'est-à-dire huit mois après le début de son érysipèle.

Gangrène pulmonaire due à un élément contagieux

Par les docteurs Suné et Molliot

Enfant de huit ans, de tempérament lymphatique nerveux ayant eu, à trois ans, une pneumonie catarrhale traitée avec succès par les alcooliques, et, à cinq ans, comme complication de la rougeole, une deuxième pneumonie plus grave traîtée aussi par les alcooliques et par les révulsifs.

Le père de cet enfant, atteint depuis cinq ans d'une bronchorrhée fétide et probablement aussi de tuberculose, étant sur le point de mourir et faisant ses adieux à son fils, le couvrit de baisers non seulement sur les joues, mais aussi sur les lèvres.

Dès le cinquième jour, après cette lamentable scène, l'enfant commençait à être pris d'une petite toux sèche et se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, à la hauteur des épaules, et vers le dixième jour une fièvre des plus violentes se déclarait, accompagnée d'une toux brève, avec vives

douleurs à la partie supérieure de la poitrine. Apparition d'une pneumonie caractérisée par une prostration complète portée jusqu'à la stupeur. Température à 40° le matin et à 40°,3 le soir. Au quatrième jour, érythème douloureux des mains et des pieds et en même temps commencement de la fétidité caractéristique de l'haleine, fétidité qui s'accroît rapidement au point de se répandre jusque dans les maisons voisines. Terminaison par la mort.

Les auteurs croient pouvoir attribuer ce cas de gangrène du poumon au contact de bouche à bouche qui avait eu lieu entre le père et l'enfant. (GACÉTA MEDICA DE CATALUNA.)

Vaccination des tumeurs érectiles.

M. Constantin Paul décrit un procédé qui permet de guérir par la vaccination beaucoup de tumeurs érectiles qu'il était impossible de traiter auparavant par la vaccination, alors qu'on ne pouvait avoir une grande quantité de vaccin à sa disposition, ainsi que cela est le cas maintenant avec le vaccin de génisse. Ce nouveau procédé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles qui seront plus tard les lignes cicatricielles, c'est-à-dire les digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture des vaisseaux. Ces incisions ont besoin d'être faites avec une extrême légèreté ; elles doivent être aussi superficielles que possible, car si l'on perçait cette membrane toujours très-fine en ce point, on produirait une hémorrhagie gênante pour l'opération et pouvant en compromettre les résultats par une sorte de lavage par le sang. Comme l'incision est faite sans le liquide vaccinal, le contact avec le liquide est fatal et immédiat. C'est là du reste, le procédé employé aussi par M. Chambon pour la vaccination ordinaire : une goutte de vaccin est déposée sur la peau et une incision superficielle

est faite sous le liquide avec une aiguille tranchante. M. C. Paul a eu quatre fois l'occasion de traiter des tumeurs érectiles par ce procédé et a eu chaque fois d'excellents résultats. Dans un cas même, la tumeur couvrait presque toute la nuque, un quart de la surface crânienne environ ; la plaie mit trois mois à se cicatriser ; des pansements antiseptiques ont permis d'obtenir une cicatrisation complète sans accidents.

M. Blot fait remarquer que ce procédé ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs superficielles ou cutanées ; dès qu'elles sont sous-cutanées, il est impossible d'en obtenir ainsi la guérison et le meilleur procédé consiste alors dans l'emploi du fer rouge. Quant à la manière de procéder, M. Blot croit qu'il vaut mieux renverser les temps de l'opération, c'est-à-dire commencer par faire de petites scarifications, une série d'éraillures superficielles comme des hachures et verser ensuite le vaccin alors que ces sillons sont encore humides et à vif.

M. Paul ajoute que si le résultat par sa méthode est incomplet pour les tumeurs sous-cutanées, il n'en est pas moins fort utile, et on peut le compléter plus tard par l'application du fer rouge. — (*Journal de Médecine et de chirurgie*, octobre 1881.)

Des causes de la mort dans le tétanos électrique

Des excitations électriques fortes et répétées peuvent provoquer chez les animaux des phénomènes comparables à ceux du tétanos traumatique. C'est en se basant sur cette analogie que M. Charles Richet a fait un certain nombre d'expériences qui permettent d'étudier les causes de la mort dans le tétanos. De ces recherches il ressort deux faits principaux c'est que chez le lapin chez lequel on provoque le tétanos artificiel, la mort survient par asphyxie, consécutivement à l'état de contracture des muscles thoraciques ; on peut alors retarder la mort par la respiration artificielle. Chez les chiens au contraire, la contracture n'est pas assez puissante pour

empêcher la respiration, et les animaux meurent alors par hyperthermie. On voit en effet la température monter chez eux lentement d'abord, puis de plus en plus vite. Une fois qu'elle a atteint 42°, 5 l'ascension devient très rapide. Au-dessus de 44 degrés, elle est presque immédiatement mortelle. La température de 43°, 5 peut être atteinte sans que la mort survienne, mais elle constitue une limite qu'on ne peut dépasser. Il paraît résulter de ces recherches, que si, dans le tétanos, on pouvait empêcher l'asphyxie ou remédier à l'hyperthermie, on pourrait, dans certains cas empêcher la mort. — (*Journal de Médecine et de chirurgie Pratiques*, octobre 1881.)

Inoculation du tubercule chez le singe

MM. Krishaber et Dieulafoy, voulant éviter une des grandes causes d'erreurs qui ont porté sur la plupart des expérimentations faites au sujet du tubercule, ont fait leurs inoculations sur le singe, c'est-à-dire sur l'animal se rapprochant le plus de l'homme par ses aptitudes morbides. Les expériences ont porté sur 40 singes, dont 16 ont été inoculés et 24 ont été conservés comme témoins. Des résultats obtenus ils concluent que le tubercule de l'homme inoculé aux singes les a fait mourir environ neuf fois sur dix avec des lésions analogues à celles de l'espèce humaine : que le degré de nocuité des inoculations a paru variable selon la matière qui a servi aux inoculations ; c'est la granulation tuberculeuse qui a paru le plus rapidement transmissible, tandis que le parenchyme pulmonaire a été moins infectant : que parmi les individus inoculés, il s'en est trouvé de réfractaires et qu'en tenant compte des proportions et de l'observation prolongée des animaux témoins, le tubercule inoculé a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

Congrès médical et international de Londres.

OBSTÉTRIQUE.

C'est M. Tarnier qui, dans cette section, a ouvert la série des discussions par un remarquable discours sur le forceps. Après avoir retracé rapidement l'historique de la courbure périnéale, à laquelle il fait plusieurs objections, l'auteur présente à l'assemblée son propre instrument, en exposant les améliorations les plus récentes dont il a été l'objet. Il explique comment, grâce à lui, les tractions peuvent être faites à coup sûr suivant l'axe même du bassin et amener le dégagement de la tête comme dans l'accouchement normal. Le professeur Lazarewitch (de Cracovie), qui a pris ensuite la parole sur la même question, a insisté sur l'utilité des courbures pelvienne et périnéale. La courbure périnéale est superflue à cause du degré de distension dont le périnée est susceptible sans le concours d'aucun instrument ; quant à la courbure pelvienne, elle augmente la résistance au passage de la tête, expose aux lacérations des parties génitales externes de la mère, et rend les tractions dans l'axe du bassin très difficiles, sinon absolument impossibles. La majorité des membres de la section ne s'est pas, parait-il, ralliée à cette opinion. Beaucoup ont reproché au forceps Tarnier d'être trop compliqué (*sic*), et d'exercer une pression trop continue sur la tête fœtale.

—Après la leclure du travail de M. Braxton Hicks sur les *Contractions intermittentes de l'utérus gravide considérées comme un moyen de diagnostic*, le professeur Simpson (d'Edimburg) a insisté sur les avantages qu'il y aurait à établir en obstétrique une nomenclature commune à tous les pays. Sur sa proposition, une commission spéciale a été nommée à cet effet parmi les délégués des différentes nationalités. M. Budin a donné ensuite lecture d'un mémoire sur une *disposition spéciale des membranes dans la grossesse gémellaire.*

—Le travail de M. Battey sur l'*oophorectomie* a donné lieu à une intéressante discussion. L'auteur a successivement étudié les indications de cette opération, les moyens de l'exé-

cution, enfin ses résultats immédiats et éloignés. M. Knowsley Thornton a appelé l'attention de ses collègues sur le nombre relativement fréquent des cas dans lesqnels l'opération n'a pu être achevée. M. Martin (de Berlin) pense que ses indications sont des plus rares, et estime qu'on s'est généralement trop hâté de publier les observations, ce qui rend impossible tout jugement sur les résultats définitifs. De son côté, M. Mathews Duncan se prononce formellement contre l'oophorectomie, et ne la croit justifiée dans aucun cas.

—Dans un mémoire intitulé : *Des causes déterminantes de l'hystérie et de l'hystéro-épilepsie*, M. Graily Hewitt a insisté longuement sur le rôle pathogénique de l'irritation réflexe qui résulte de la compression du tissu utérin dans les cas de flexion. M. Paul Mundé (de New-York) a discuté ensuite la curabilité des déviations de la matrice. Puis est venu M. Edis, qui a passé en revue les troubles réflexes multiples qui compliquent si souvent les affections utérines. Signalons encore les communications de MM. Verrier et Beverley Cole *sur le traitement mécanique des déviations.*

—Le mémoire du professeur Freund (de Strasbourg) sur l'*Extirpation totale de l'utérus*, a été fort remarqué. Mais on a reproché à l'auteur de ne pas donner de statistique. Il s'est, en effet, borné à des considérations générales sur les deux procédés mis en usage, à savoir le procédé abdominal et le procédé vaginal. La seconde méthode serait préférable, selon lui, dans les cas où le vagin est large et l'utérus petit. Il conclut que l'opération peut être entreprise sans grand danger au début du carcinome et du sarcome, et qu'elle peut conduire à une guérison définitive. Dans un travail sur le même sujet, M. le professeur Corradi recommande un procédé mixte, qui n'est autre chose qu'une combinaison des méthodes vaginale et abdominale. M. Martin (de Berlin) n'admet cette opération qu'avec la plus grande réserve ; il la rejette dans tous les cas où les ganglions ou les ligaments larges sont intéressés. Le professeur Gervy (de Heidelberg) dit avoir eu des résultats déplorables avec la méthode abdominale ; avec la

méthode vaginale, il a eu quatre succès sur sept opérations. Le professeur Hennig (de Leipsick) conclut en faveur de l'opération, tout en reconnaissant que les cures définitives sont excessivement rares. Par contre, M. Spencer Wells déclare n'avoir jamais observé de cas dans lequel une opération de cette gravité lui ait paru justifiable. En effet, ou bien le mal a fait de tels progrès que toute intervention est inutile, ou bien il est assez peu étendu pour être suffisamment attaquable par les voies naturelles.

—Le professeur Slawjanski (de Saint-Pétersbourg) a donné lecture d'un intéressant travail sur un *nouvel élément de diagnostic des tumeurs ovariennes.* Dans ce travail, l'auteur appelle l'attention sur un signe qui permet de reconnaître de quel côté la tumeur s'est primitivement développée. Ce signe consiste dans une augmentation de la sensibilité au niveau du triangle inguinal du côté de l'ovaire malade. Dans cinq cas où ce symptôme a été noté par lui, l'exactitude du diagnostic a été vérifiée par l'opération.

—Le docteur Martin (de Berlin) a consacré un mémoire à l'étude d'une *nouvelle méthode de traitement de la grossesse extra-utérine.* Il propose de lier la base du placenta et d'enlever la plus grande partie de la poche, en isolant de la cavité abdominale les portions qu'on ne peut extraire. C'est la meilleure manière, selon lui, de se mettre à l'abri de l'hémorrhagie d'une part, de la septicémie d'autre part.

—La question du *traitement chirurgical des affections du col et du vagin* a été abordée par MM. Pallen et Bennett, le premier dans un travail ayant pour titre : *De la chirurgie réparatrice du col et du vagin*, le second dans un mémoire intitulé : *Des déchirures du col de l'utérus ; de leurs causes et de leur traitement.*

—Après une communication de M. Barnes sur le traitement de l'*hémorrhagie puerpérale*, M. More Madden a lu un travail ralatif au *Traitement préventif et curatif de l'hémorrhagie post partum.* Ces deux mémoires ont été le point de départ d'une discussion sur les injections intra-utérines de perchlo-

rure de fer. Les uns, comme MM. Matthews, Duncan et Cole, les rejettent absolument ; les autres les admettent comme dernière ressource, quand tous les autres moyens ont échoué.

—Le professeur SPIEGELBERG avait eu le projet d'ouvrir une discussion sur l'*emploi de la méthode antiseptique en obstétrique*. En son absence, un extrait de son mémoire a été lu par l'un des secrétaires M. Galabien. Ce travail n'est d'ailleurs qu'un exposé succinct des soins de propreté et des moyens de désinfection généralement adoptés aujourd'hui.

—La séance a été déclarée close après la lecture du travail de M. HALBERTSIMA (d'Utrecht) sur l'*Eclampsie puerpérale*, et du mémoire de M. Eustache (de Lille) sur le *Parallèle de l'embryotomie et de l'opération césarienne.*

Dr GASTON DECAISNE.

—*Gazette Médicale de Paris*, 29 octobre 1881.

SÉCRÉTION LACTÉE

M. Fiselbrand rapporte l'observation d'un enfant chez lequel il a constaté une sécrétion lactée abondante, trois jours après la naissance. Il s'agissait d'une fille chez laquelle les deux seins avaient atteint le volume d'une petite pomme. Pendant trois jours, il tira, par la pression, environ un verre à liqueur de chacun des seins de l'enfant ; ce liquide qui en sortait était absolument semblable au lait ; il en avait l'apparence, la consistance et la saveur. Ce qui rend cette observation intéressante, c'est la quantité relativement considérable de lait extrait, et cette considération que la même femme avait eu quelques années auparavant, une fille qui avait, elle aussi, présenté une sécrétion de lait assez abondante. — *Union-Médicale et scientifique du Nord-Est.*)

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Septembre 1881.—Présidence de M. Wurtz.

PHYSIOLOGIE.—SUR LE PERMANGANATE DE POTASSE EMPLOYÉ COMME ANTIDOTE DU VENIN DE SERPENT. Note de M. DE LACERDA, présentée par M. de Quatrefages.

Pour étudier l'action de certaines substances, chimiques et botaniques, sur les effets produits par l'inoculation du venin du serpent, nons avons commencé, il y a deux mois, une série d'expériences, qui nous ont conduit à la conclusion des faits de la plus haute importance scientifique et pratique.

Après avoir reconnu l'inefficacité plus ou moins absolue du perchlorure de fer, du borax, du nitrate acide de mercure, du tannin et d'autres substances chimiques diverses sur les effets soit locaux, soit généraux, du venin de serpent, nous avons été amené à essayer une substance qui nous a fourni des résultats vraiment étonnants : nous voulons parler du permanganate de potasse. Les résultats obtenus dans la première série d'expériences, en injectant le venin actif du bothrops, dilué dans l'eau distillée, dans le tissu cellulaire des chiens, nous ont fait voir qne cette substance était capable d'empêcher complètement la manifestation des lésions locales du venin. Dans ces expériences, nous avons procédé de la façon suivante : le venin recueilli dans du coton, et correspondant à de nombreuses morsures de serpent, était d'abord dilué dans une petite quantité d'eau distillée, soit 8 à dix gr. d'eau ; ensuite nous remplissions une seringue de Pravaz de cette solution et nous en injections la moitié dans le tissu cellulaire de la cuisse ou de l'aine des chiens. Une ou deux minutes après, quelquefois plus tard, nous injections à la même place une quantité égale d'une solution filtrée de permanganate de potasse à 1/100. Les chiens examinés le lendemain ne montraient aucun signe de lésion locale : tout au plus il y avait une très petite tuméfaction localisée aux environs de la piqûre de la seringue, sans irritation ni infiltration d'aucune espèce. Cependant, ce même venin, qui avait

servi à ces expériences, étant injecté sans contre poison sur d'autres chiens, a produit toujours de grandes tuméfactions locales, des abcès plus ou moins volumineux avec perte de substance et destruction des tissus.

Les résultats de cette première série d'expériences, faites avec l'injection sous-cutanée du venin et du permanganate de potasse, nous ont encouragé à essayer la même substance dans les cas d'introduction du venin dans les veines.

Ici encore le permanganate de potasse à réussi parfaitement. Nous avons fait déjà plus de trente expériences dans ces conditions et nous avons eu à peine deux insuccès. Ces insuccès, du reste, doivent être attribués à des raisons diverses : d'abord on essayait sur des animaux mal nourris, très faibles et très jeunes ; de plus les injections du permanganate de potasse ont été faites très en retard, au moment où le cœur était déjà en train de s'arrêter.

Dans un certain nombre de cas, nous avons injecté dans la veine une demi-seringue de Pravaz de la solution dans 10 gr. d'eau du produit venimeux fourni par douze ou quinze morsures de serpent et une demi-minute après 2 cc. de la solution du permanganate de potasse à 1/100. En dehors d'une agitation très passagère et quelquefois d'une accélération cardiaque, qui n'a duré que quelques minutes à peine, l'animal n'a pas accusé d'autres troubles. Ces animaux, gardés et observés pendant plusieurs jours, se sont toujours bien portés.

Dans une autre série de cas, nous avons injecté le venin dans la veine et nous avons attendu la manifestation des troubles caractéristiques. Au moment où l'animal avait déjà une grande dilatation pupilllaire, des troubles respiratoires et cardiaques, contractures, miction et défécation, nous avons injecté coup sur coup dans la veine de 2 cc. à 3 cc. de la même solution du permanganate de potasse à 1/100. Au bout de deux ou trois minutes, quelquefois de cinq minutes, nous avons vu ces troubles disparaître ; il restait à peine une prostration générale, dont la durée n'a jamais dépassé de quinze

à vingt-cinq minutes. Alors, en mettant l'animal par terre, il marchait très bien, il était même capable de courir ; il gardait enfin tout l'aspect d'un chien normal. Et cependant d'autres chiens, qui avaient reçu dans la veine la même quantité de venin pur, c'est-à-dire sans l'antidote, sont morts plus ou moins rapidement.

Ces résultats vraiment remarquables, qui ont frappé tout le monde, ont été constatés en diverses occasions, non seulement par S. M. Don Pedro, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'assister à nos premières expériences, mais aussi par des personnes instruites, des médecins professeurs des Facultés, membre du corps diplomatique étranger, etc.

Je crois donc pouvoir affirmer que le permanganate de potasse agit comme un véritable antidote du venin de serpent. —(*Gazette Médicale de Paris*, 24 septembre 1881.)

Des blessures des ongles au point de vue des données qu'elles peuvent fournir en médecine légale

Par le docteur Coutagne.

Le moindre indice a sa valeur dans les questions médico-légales, et aucune particularité ne doit être négligée quand il s'agit de l'examen médical d'une victime ou d'un accusé. Dans l'observation rapportée par M. Coutagne, un détail, sur lequel tous les auteurs sont muets, a pu permettre à l'expert de détruire complètement le système de défense de l'inculpé. Il s'agissait d'un vol avec effraction : des traces de sang sur le montant d'une porte permettaient d'affirmer que le coupable s'était fait une blessure légère. Un des individus arrêtés, sur lequel pesaient les charges les plus graves, portait à l'ongle du doigt médius de la main droite une cicatrice transversale qui attira l'attention du juge d'instruction. L'accusé prétendit que cette blessure datait de plus de six mois : le vol datait de deux mois au moment de l'examen. En surveillant minu-

tieusement, et le compas à la main, la marche de la cicatrice depuis la lunule jusqu'au bord libre de l'ongle, le médecin expert put établir que la blessure ne datait pas de plus de deux mois, et fournir ainsi à la justice un renseignement précieux. Depuis le mémoire de Beau en 1846, on connaissait bien la loi de l'accroissement des ongles, mais il s'agissait ici de la vérifier sur cet individu et c'est ce que M. Coutagne est parvenu à faire par de minutieuses mensurations. Cette ingénieuse idée ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins légistes, qui n'auront que trop souvent occasion de la mettre à profit. (LYON MÉDICAL, 17 juillet 1881.) —

MALADIE DU NEZ.

EPISTAXIS ; INJECTION DE PERCHLORURE DE FER PUR DANS LES FOSSES NASALES ; PHARYNGITE ET LARYNGO-BRONCHITE CONSÉCUTIVES ; MORT PAR GANGRÈNE PULMONAIRE, par M. MALHERBE (de Nantes.)

Un homme de 66 ans, raffineur, atteint d'une affection cardiaque ancienne, est pris le 8 mai 1880 d'une épistaxis abondante. Amené à l'Hôtel Dieu, il guérit très-rapidement de cet accident, sous l'influence du tamponnement antérieur et de quelques gouttes de perchlorure de fer en potion. Repris quelques jours après du même accident, il s'adresse à une sage-femme qui lui injecte dans les fosses nasales du perchlorure de fer pur. Bientôt il rentre à l'hôpital avec une pharyngo-laryngite intense et un état général très grave. Il succombe rapidement avec des symptômes d'asphyxie.

L'autopsie permit de constater une inflammation intense du pharynx et des voies aériennes ; la muqueuse est comme brûlée, raccourcie, recouverte d'un exsudat pseudo-membraneux. En certains points, des eschares ont attaqué les parties sousjacentes ; l'aspect rappelle les lésions produites par un acide minéral concentré. Dans le poumon droit. un

foyer de gangrène pulmonaire du volume d'une orange avait amené la terminaison fatale.

Des faits de ce genre ne sont pas absolument rares malheureusement; il n'est pas de substance active qui, entre des mains ignorantes, ne puisse amener des accidents de la dernière gravité, et on se prend à déplorer devant de pareils faits la coupable facilité avec laquelle médecins et pharmaciens laissent de semblables médicaments entre les mains de personnes incompétentes.

—*Journal de Médecine de l'Ouest*, 1881.

LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

L'une des plus grandes illustrations médicales de ce siècle vient de s'éteindre doucement et sans souffrances. Le professeur Bouillaud est mort à Paris, le 29 octobre dernier, à l'âge de 85 ans.

Jean Bouillaud est né le 14 septembre 1796 à la Bragette, près de Garat, dans le département de la Charente. Son père était un simple tuilier, mais il avait un oncle, chirurgien militaire, qui fut son premier maître, et à qui il dut d'embrasser la carrière médicale. C'est à Paris qu'il termina ses études, assez tard d'ailleurs, et c'est en 1818 qu'il fut nommé interne des hôpitaux. De sa promotion, qui ne comptait que dix-sept élus, l'on peut retenir les noms de Texier, de Pariset et de Leudet. Bouillaud, qui avait obtenu tous les succès possibles dans les sciences accessoires, se livra bientôt à l'étude de la physiologie, que Magendie avait remise en grand honneur, et c'est en 1823, deux ou trois mois avant son doctorat, qu'il publia dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE un mémoire dont les conclusions furent adoptées sans opposition sérieuse. Il s'agissait de l'influence de l'*oblitération des veines* sur la formation des hydropisies passives. Bouillaud publia ensuite diverses observations de rétrécissements de

l'orifice auriculo ventriculaire reconnues par l'auscultation, puis de perte de la parole correspondant à une lésion des lobules antérieurs du cerveau, mémoire lu à l'Académie de médecine en 1825, dont il fut nommé membre la même année. Cette question de la localisation du langage articulé pressentie et soulevée par lui et qui, grâce aux travaux et aux découvertes de Broca, constitue l'un des grands faits de la physiologie de nos jours, incita Bouillaud à s'occuper de la pluralité des organes cérébraux. Il venait d'être nommé agrégé de la Faculté en 1826 et communiqua à l'Institut, en 1827, ses recherches expérimentales sur les *fonctions du cerveau en général et sur celles de sa portion antérieure* en particulier, il publia d'autres *Recherches cliniques et expérimentales* tendant à prouver que le cervelet préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Ce furent ces diverses études qui l'engagèrent à concourir en mai 1831 pour la chaire de physiologie, et ce fut pour démontrer que ses conclusions étaient réelles qu'il mit sous lés yeux de ses juges un certain nombre d'animaux chez lesquels l'ablation du cerveau et du cervelet était suivie des résultats annoncés; mais Bérard fut nommé, et Bouillaud, renonçant à son grand regret à la chaire convoitée, se présenta le mois suivant au concours ouvert pour la chaire de clinique interne de la Charité, et il sortit vainqueur de la lutte, ayant pour adversaires Louis, Rostan, Gendrin et Piorry. L'on peut dire que ses succès de professeur de clinique n'ont pas été dépassés. Pendant ses trente-cinq ans d'exercice, plusieurs milliers d'élèves et de médecins ont suivi ses visites, et tous peuvent témoigner du soin, du zèle et du savoir qui firent de lui un professeur de clinique complet.

Cependant Bouillaud n'avait pas abandonné ses études de localisations. C'est ainsi qu'en 1831 il est l'un des fondateurs de la Société phrénologique de Paris, et l'on peut lire, dans le premier numéro du journal de cette Société, un prospectus signé de lui, en qualité de rédacteur principal, et dans les *Comptes rendus des séances annuelles* de cette Société, qu'il

aima longtemps à présider, des discours sur les localisations, dans lesquels il rend justice aux travaux de Gall, ssns accepter cependant toutes les conséquences que les partisans de cette doctrine voulaient en tirer. Le jeune médecin, qui s'était fait le disciple de Broussais au moment où le remuant professeur du Val-de-Grâce attirait sur lui l'attention du monde médical, le défendit plusieurs fois avec vigueur dans la chaire de clinique de la Charité, et c'est sous l'impression des idées de Broussais qu'il préconisa plus tard et défendit avec énergie la méthode des saignées coup sur coup. Mais la réputation du rédacteur du *Traité pratique des maladies du cœur* du professeur Bertin, publié en 1824, était trop bien établie pour que l'insuccès de la méthode des saignées fréquentes dût la compromettre. Son *Traité pratique du choléra*, publié en 1832, ses *Recherches sur le rhumatisme* articulaire aigu et la loi de coïncidence avec une péricardite ou une endocardite, en 1835, puis sa *Clinique de la Charité*, en 1837, et son *Traité du rhumatisme*, publié en 1840, le placèrent au premier rang des cliniciens. Cependant Bouillaud n'abandonna jamais ses études philosophiques. Leur empreinte, visible dans son *Traité des fièvres* qui date de 1826, de même que dans son *Traité de l'encéphale*, publié l'année précédente, l'incitèrent à donner, en 1836, un *Essai sur la philosophie médicale.* Dans ses publications, dans ses discours académiques, il n'a jamais varié. " Il n'admet pas de maladie sans lésion d'organes," et, " la vie étant donnée..., les faits, les actes et les phénomènes de l'organisme relèvent des sciences mécaniques et physico-chimiques." Entre 1835 et 1842, le savant professeur publie son remarquable *Traité clinique des maladies du cœur*, dont les parties essentielles font toujours autorité. Outre la découverte de l'endocardite, le diagnostic est poussé à ses dernières limites pour tout ce qui concerne les modifications du rythme et du bruit, le rétrécissement des orifices, l'action des valvules, la distension des cavités, les altérations des parois. Les rapports de ces divers phénomènes avec les maladies sont soigneusement décrits et les découvertes de l'auteur ont été le point de départ de travaux considérables.

Il commence encore, en 1846, un *Traité de nosographie médicale* en cinq volumes, qu'il termine promptement, sa puissance de travail étant considérable. Depuis lors jusqu'à ses derniers jours, il n'est pas de grande discussion à l'Académie de médecine à laquelle il ne prenne part. Oratenr éloquent et élégant, sa parole est toujours écoutée et l'on peut dire que la cause qu'il défend est presque toujours gagnée. En 1868, le professeur Bouillaud avait été nommé membre de l'Académie des sciences, où il fut aussi assidu et aussi laborieux. De sa carrière administrative et un instant politique, nous rappellerons qu'il fut envoyé deux fois à la Chambre des députés par les électeurs de la Charente, et qu'il accepta un instant le décanat de la Faculté en 1848, mais il n'était point l'homme de cette fonction si difficile en des temps troublés. En 1840, nous le trouvons président du Congrès médical, qui avait été réuni pour étudier les bases d'une nouvelle loi relative à l'exercice de la médecine, de même qu'en 1867, lors du grand Congrès international médical qni se réunit à Paris pendant l'Exposition, ce fut lui que tous ses confrères de la France et de l'étranger acclamèrent président.

Le professeur Bouillaud était l'homme du devoir. Il était passionné pour la science, mais non envers les hommes, et pendant cinquante années, s'il a eu des adversaires, il n'a point connu d'ennemis. Il représentait bien l'ancienne génération, pour laquelle l'exactitude, le travail, l'intégrité du caractère, plus que les honneurs et la fortune, étaient le but et les moyens. Il était universellement estimé et demeurera l'une des grands figures de la médecine.

D'autres, plus compétents que celui qui signe ces lignes, diront avec détails les grands travaux du professeur Bouillaud. Je n'ai vonlu que m'incliner devant sa tombe.

Dr A. Dureau.

Obsèques de M. le Professeur Bouillaud.

Mort samedi dernier à l'âge de 85 ans, après quarante-huit heures seulement de maladie, ses obsèques ont eu lieu lundi à midi en l'église de Saint-Thomas-d'Aquin, trop petite pour contenir l'affluence considérable de ses anciens élèves et de ses collègues de l'Institut, de l'Académie de médecine, des hôpitaux de Paris. Le deuil était conduit par son gendre, M. le docteur Auburtin, et son fils, derrière lesquels venaient les professeurs et les agrégés de la Faculté, les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, etc.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Vulpian comme doyen de la Faculté, par MM. les professeurs Germain Sée et Béclard, par M. Wurtz comme président de l'Académie des sciences, par M. Legouest comme président de l'Académie de médecine et par M. Henri Roger, représentant l'Association générale des médecins de France. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse. La volonté du défunt a été de tous points respectée, aucun discours n'a été prononcé et aucun détachement de troupes n'avait été commandé pour lui rendre les honneurs funèbres auxquels il avait droit comme commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur.

Une heure plus tard avait lieu la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences. Aussitôt après le dépouillement de la correspondance, le président de la docte compagnie s'est levé et, au milieu du recueillement général, a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs,

Nous venons de rendre les derniers devoirs à M. Bouillaud. La Compagnie perd en lui une illustration médicale, un esprit élevé, et, ce qui est plus rare, un grand caractère. Ses travaux, dont les premiers datent de plus d'un demi-siècle, conservent encore aujourd'hui leur valeur et leur actualité.

La science lui doit de véritables découvertes en pathologie.

Il me suffira de rappeler la détermination des rapports entre les maladies du cœur et les affections rhumatismales, la localisation dans les circonvolutions frontales de l'hémisphère gauche du siége de l'aphasie.

J'ai la confiance que ces travaux et beaucoup d'autres du même ordre trouveront un jour un interprête autorisé. Pour le moment, il nous reste à honorer la mémoire de notre illustre collègue en levant la séance en signe de deuil.

La séance a été levée aussitôt.

Règlement nouveau pour l'admission à la pratique de la Médecine.

A l'assemblée semi-annuelle du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, tenue à Québec le 28 septembre 1881, il a été résolu :

Qu'à l'avenir la license du Collége des Médecins et Chirurgiens de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes Universitaires qu'en autant que ceux-ci auront passé leur examen final, à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales depuis leur admission à l'étude, et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours Universitaires, dont une durant leur première année et une durant leur quatrième année d'études.

Notre concitoyen, confrère et ami, M. le Dr Leprohon vice-consul d'Espagne à Montréal, vient de recevoir du gouvernement Espagnol le titre de Chevalier de l'ordre de Charles III. C'est un témoignrge bien flatteur pour M. le Dr Leprohon et nous l'en félicitons bien cordialement.

Au concours pour la chaire d'Anatomie, devenue vacante par la mort du Dr J. G. Bibaud, le Dr. J. A. S. Brunel a été nommé professeur pour ce cours.

A l'assemblée mensuelle de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, tenue le 3 décembre courant, avec l'assentiment des Révérendes Dames de l'Hôtel-Dieu, les MM. dont les noms suivent ont été admis à y faire le service : Dr F. X. Girard, Dr J. A. Roy, Dr Fréd. J. Demers, Dr E. J. Bourque, Dr L. D. Mignault. L'Honorable A. H. Paquet a été nommé médecin consultant. A la même séance ont été agrégés à l'Ecole M. le Dr J. A. Roy et M. le Dr L. D. Mignault qui doit suppléer M. le Dr Brunel dans la chair d'Anatomie, ce dernier suppléant lui-même M. le Dr Munro daus celle de Chirurgie.

Revue d'Ontologie.

L'art du dentiste semble vouloir se relever. Depuis déjà longtemps, nous avions vu des hommes très distingués, en France, en Angleterre, en Allemagne et ailleurs, s'adonner spécialement et d'une manière toute scientifique à la pratique de cette branche de l'art de guérir, pour tenter de rattacher plus étroitement cette branche au tronc des sciences médico-chirurgicales. Le nom des Delestre, des Andrieu, des Magitot, des Cruet, etc,, pour ne parler que des Français, suffirait amplement à démontrer que tous les dentistes ne sont pas de simples arracheurs de dents. Or, voici qu'aujourd'hui nous arrive de Genève la nouvelle de la création, dans cette ville, d'une école scientifique et professionelle d'art dentaire, dont la direction est confiée à une commission de cinq membres présidée par M. Laskowski, professeur à la Faculté de médecine de l'Université génevoise.

D'autre part, un projet de réglementation de l'art dentaire, sur lequel nous aurons peut-être à revenir bientôt, est actuellement en voie d'élaboration en France.

Le moment est donc bien choisi pour inaugurer dans la *Gazette Médicale* une revue périodique des progrès de l'odontologie, et nous commençons sans plus ample préambule.

I.—Un élève de M. le docteur Magitot, le docteur Anthelme Combe, a cherché à déterminer les indications et le mode d'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement de la carie dentaire (1).

On sait que l'acide arsénieux est de tous les agents thérapeutiques appliqués à la cure de la carie dentaire l'un des plus efficaces, à titre d'agent astringent et surtout de caustique.

Suivant M. Combe, l'emploi de l'acide arsénieux n'est pas indiqué dans la première période de la carie.

Dans la deuxième période, en cas d'insuccès des astringents, l'acide arsénieux employé à dose irritante (1 milligramme environ) peut donner déjà de bons résultats en provoquant la réparation éburnée du fond de la carie.

Mais dans la troisième période, l'acide arsénieux, employé sous l'état opaque ou porcelaîné, en poudre impalpable et à sec, est le destructeur par excellence de la pulpe dentaire.

L'association de la morphine et de la créosote est sans influence sur l'action caustique non plus que sur la douleur produite.

Les pansements devront varier de volume et de disposition suivant l'étendue des dénudations de la pulpe et la forme de a carie, sans dépasser, en aucun cas, 2 à 3 milligrammes. On appliquera ensuite un pansement protecteur solide et résistant, destiné à empêcher le déplacement.

La douleur produite par la cautérisation de la pulpe varie infiniment ; nulle sur la pulpe saine, très vive sur l'organ enflammé. L'intensité et la durée de la douleur sont propor

(1) *De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire.*

tionnelles à l'état inflammatoire de l'organe et à la surface touchée par le caustique,

" Toute application arsénicale sur une pulpe malade devra être précédée de pansements calmants destinés à ramener cet organe le plus près possible de l'état physiologique.

" Dans la poursuite des prolongements radiculaires de la pulpe par le caustique, on devra éviter d'atteindre le sommet des racines, où l'on rencontrerait le périoste " ; puis on débarrassera la cavité pulpaire de tous les débris de l'organe.

" Il faudra être très circonspect dans l'application de l'arsenic aux caries des *dents temporaires*, dont les racines sont en voie de résorption, et aux *dents permanentes jeunes*, dont le développement des racines n'est pas encore achevé.

" Les accidents locaux sont dus soit à l'excès de la dose employée, soit au déplacement du pansement arsénical, qui porte son action sur les parties voisines : muqueuse, périoste, tissu osseux. Ces dernières complications peuvent être de la plus haute gravité."

Les accidents d'intoxication résultent du passage dans l'estomac de pansements appliqués à dose excessive et sans protection suffisante.

II.—M. Charles Tomes, fils de John Tomes et son collaborateur pour le traité presque classique de chirurgie dentaire, a condensé, sous le titre de *Traité d'anatomie dentaire* (1), les leçons qu'il a faites en qualité de professeur d'anatomie, à l'hôpital dentaire de Londres.

M. le docteur L. Cruet a donné une excellente traduction de cet ouvrage très scientifique. On y trouvera décrite non seulement l'anatomie des dents et des maxillaires de l'homme, mais aussi l'anatomie des organes dentaires de toute la série des animaux vertébrés, depuis les mammifères jusqu'aux poissons, batraciens, reptiles et marsupiaux. De plus, la question du développement des dents est exposée dans tous ses détails.

---

(1) *Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée*, par Chs Tomes ; traduit et annoté par le docteur L. Cruet. Paris, Octave Doin. 1880.— Avec 180 figures dans le texte.

Ce volume forme donc le complément obligé du *Traité de chirurgie dentaire*, qui avait été déjà traduit en français par le docteur G. Darin, dès l'année 1873.

III. — Dans une très bonne monographie, M. le docteur Georges Gaillard (1) s'est occupé des diverses formes de déviation des arcades dentaires du traitement que l'on doit employer, tant dans les cas d'antéversion que dans ceux de rétroversion ou dans ceux de latériversion.

Le redressement d'une dent s'accompagne toujours d'un processus complexe, portant sur la dent et sur l'alvéole, et tendant toujours au processus de l'ostéite ou de la périostite aiguë qu'il faut chercher à éviter. Mais les procédés de douceur, bien plus que les procédés de redressement brusque, réunissent des conditions satisfaisantes pour provoquer une ostéite plastique simple, avec ostéogenèse durable. On obtient l'immobilisation absolue (condition *sine quâ non* de l'absence de douleur dans le traitement et de la non-suppuration de l'ostéite) par l'usage permanent d'un appareil qui doit être très léger, tolérable et facile à modifier. Ces conditions semblent être parfaites et faciles à modifier. Ces conditions semblent être parfaitement remplies par les appareils que propose M. G. Gaillard.

IV.—Dans le Progrès dentaire (n° de mai), nous trouvons sous la signature du docteur Hartlevan, l'observation suivante :

" Un fait de trajet fistuleux s'ouvrant à l'épaule qui a été publié dans le Dental Cosmos (décembre 1880) me rappelle un cas de ma propre clientèle. Une dame vint un jour me consulter, accompagnée d'une de ses amies. Ayant remarqué chez cette dernière une fistule débouchant à la joue droite, je lui dis qu'elle devait avoir une dent malade. Elle me répondit qu'elle n'avait jamais souffert de ses dents, et que la fistule provenait d'une ulcération de la gorge, pour laquelle elle était en traitement depuis trois ans ; l'écoulement durait depuis ce temps. Je lui demandai alors la permission d'examiner

(1) *Des déviations des arcades dentaires.* Paris, Octave Doin, 1881.

sa bouche et je trouvai que la seconde molaire inférieure du côté droit, quoique saine en apparence, était complètement morte. Cette dame, fort étonnée de ce fait, consentit immédiatement à l'extraction de l'organe. Peu après, sa gorge était complètement guérie."

V.—On serait trop heureux de connaître la véritable cause de la carie dentaire. M. H. Spencer (THE DENTAL NEWS) croit l'avoir découverte. "Beaucoup de praticiens distingués, dit-il, ont décrit des procédés propres à prévenir la carie dentaire, et naturellement, bien des personnes suivent leurs conseils et les font suivre à leurs enfants, ce qui n'empêche pas leurs dents de se gâter.

"Ce n'est pas tout; parmi les meilleurs auteurs qui se sont occupés de cette question et chez certains dentistes, on trouve la bouche remplie de dents cariées et quelquefois pourvue d'organes artificiels. Cela étonne le public; certaines personnes déclarent même, en termes des plus positifs, que ces auteurs ont parlé de choses qu'ils ignoraient, ou, en d'autres mots, que ce sont des farceurs.

"Peut-on répondre catégoriquement à la question qui fait le sujet de cet article?

"Un vieillard de quatre-vingts ans vint me trouver, il y a quelque temps, pour me faire examiner ses dents; à ma grande surprise, je constatai qu'il n'en manquait aucune et que toutes étaient saines. J'examinai aussi les dents de trois de ses enfants, âgés respectivement de 58, 54 et 51 ans, et vis qu'elles étaient aussi parfaites que celles de leur père. Ce fait m'engagea à les interroger sur leur manière de vivre, et le vieillard répondit qu'il n'avait jamais fait usage de thé, de café ni de sucre, et qu'il s'était toujours abstenu de manger et de boire rien de chaud ou même tiède. Je visitai ensuite la bouche de quatre de ses petits-enfants; toutes leurs dents étaient parfaites, Le grand-père me dit qu'il avait enseigné sa manière de vivre à ses enfants et petits-enfants. Si l'on constatait que cette pratique réussit toujours, il serait bon de l'adopter."

Voici ce que répond à ces lignes M. Préterre (dans L'ART DENDAIRE, nº de mars :)

" En ce qui concerne le café et le sucre, il n'y a qu'à répondre qu'il existe des campagnes où l'usage du sucre et du café est inconnu, et dont tous les habitants perdent de bonne heure leurs dents. Ce serait une tâche très longue que d'exposer ici toutes les causes qui peuvent faire perdre les dents; mais il en est dont l'action est aujourd'hui fort connue. Je mentionnerai surtout l'hérédité, l'usage de certaines eaux, le défaut de soin et certains aliments ou boissons, comme le sucre, le cidre, les acides, etc.

" L'hérédité notamment possède une influence très grande; les bonnes dents sont héréditaires comme une bonne constitution, et il en est de même pour les mauvaises dents.

" Toutes ces causes échappent évidemment à l'action du dentiste ; ce n'est pas lui qui peut les modifier. Ce qu'il peut faire et ce qu'il fait toujours avec succès, quand il est prévenu à temps, c'est d'arrêter le progrès des lésions auxquelles les sujets se trouvent plus ou moins prédisposés par leur naissance ou par l'influence des milieux où ils vivent."

Nous ne pouvons que donner la plus complète adhésion à ces dernières lignes.

TRAVAUX A CONSULTER.

DOCTEUR E. MAGITOT, article *gencives* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

DOCTEUR QUINET (de Bruxelles), *A propos de dents syphilitiques.* Brochure in-8º.

DOCTEUR J. N. FARRAR, *Traitement des abcès alvéolaires.* (*The Missouri dental Journal*).

SAUVAL, *Observations de greffe dentaire* (*Gazette Médicale de Strasbourg.*)

D'ALBERTUS.

INSTITUT MEDICAL.

A une assemblée des membres actifs de l'Institut Médical, tenue le 23 octobre dernier, les MM. suivants ont été élus officiers :

Vannier, président ; Manseau, vice-président ; Berthiaume, 2ème vice-président, Baril, secrétaire ; Geoffrion, assistant-secrétaire ; Paquette, secrét.-correspondant ; Dubeau, assist.-secrét.-correspondant ; Panneton, sect.-trésorier ; Provost, bibliothécaire. MM. Chartrand, Gagnon, Poitevin, Duckett et Thériault membres du Comité de Régie.

E. F. Panneton, sec. pro tempore.

PIGEONS MESSAGERS POUR LES MÉDECINS.

On lit dans un des derniers numéros du New York Times :—

Un médecin d'Erié, Pensylvanie, s'occupe en ce moment à dresser des pigeons pour en tirer parti dans sa pratique.

Quelques uns de ses jeunes oiseaux lancés sur la route, pour apporter des nouvelles de fort longues distances, ont pu parcourir cinquante miles en quatre vingt-dix minutes, quelques uns même soixante-six miles en quatre-vingt-deux minutes. Ici comme à l'étranger on se sert beaucoup de pigeons comme courriers.

Un médecin du comté d'Hamilton, N. Y., en fait un usage continuel dans l'exercice de sa profession, qui s'étend sur deux communes, et il s'en trouve extrêmement bien. Après avoir visité un malade, il envoie par un pigeon la prescription nécessaire à sa pharmacie, ou n'importe quel message suivant les circonstances.

Fréquemment encore il laisse au domicile de ses clients, quelques uns de ses pigeons pour qu'on les lui renvoie à heure fixe avec un bulletin de l'état de son malade et ce surtout aux moments critiques.

Il avoue que par ce procédé il lui est permis d'économiser beaucoup son temps, tout en faisant plus d'ouvrage même. C'est ainsi que dans les cas graves, du lever au coucher du soleil, il peut se procurer toutes les heures, des renseignements précieux sur l'effet des remèdes administrés: et plusieurs de ses clients, dit-il, ne doivent la vie qu'à cet ingénieux moyen, car abandonnés aux seules ressources ordinaires, ils l'auraient certainement perdue, par la longueur du temps nécessité pour faire parvenir de leurs nouvelles à leur médecin.—*The Canada Medical Record.*

—Traduit de l'anglais.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.

COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL, DU 1er SEPTEMBRE AU 1er DÉCEMBRE 1881 :

1881, SEPTEMBRE — *Service de M. le Dr Mignault.*

Ordonnances au Dispensaire	1815
Visites à domicile	153

" OCTOBRE — *Service de M. le Dr Gadbois.*

Ordonnances au Dispensaire	1768
Visites à domicile	160

" NOVEMBRE — *Service de M. le Dr Girard.*

Ordonnances au Dispensaire	1948
Visites à domicile	152

Les visites à domicile ont été faites par MM. les Docteurs Piché, Leblanc, Champagne, Archambault, Girard, Demers, Gadbois, Mathieu, Mignault et Fournier.

MARIAGE.

Jeudi, le 13 Octobre 1881, à l'Evêché de Montréal, par Sa Grandeur Mgr Chs. Ed. Fabre, Evêque de Montréal, P. Elie, F. Pager, Ecr., M. D. de New Bedford, E.-U., à Delle. Virginie Prévost, fille unique d'Isidore Prévost, Ecr., comptable au Palais de Justice de Montréal.

Le 24 courant, à l'église St. Jacques, Montréal, par le Révd. J. A. Legris, M. J. E. Legris, M.D., de Centreville, R. I., Etats-Unis, à Louise Hermine Léopoldine, deuxième fille de Ls. A. DesRasasiers, N. P., de Montréal.

L'ABEILLE MÉDICALE

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

PUBLICATION MENSUELLE

VOLUME IV.



MONTRÉAL :

Berthiaume & Sabourin, Imprimeurs-Editeurs, 212 Rue Notre-Dame.

1882

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. IV. JANVIER 1882. No. 1.

A propos de la question universitaire.

Nous relevions dans notre dernier numéro l'audace avec laquelle un correspondant de la *Minerve* avait osé falsifier le décret du 1er février 1876. Aujourd'hui il nous faut protester contre les écrits injurieux du *Star* à l'égard du Vénérable évêque des Trois-Rivières et des Révérends abbés Dumesnil et Villeneuve—tous trois à Rome.

Dans le temps pourtant on a imposé silence à la presse, lorsque celle-ci ne faisait que discuter la question universitaire, maintenant des écrits, à tendance aussi fausse que scandaleuse, *passent sans aucune récrimination.* La rumeur en donne même pour auteurs des personnes que leur position sociale devrait certainement rendre plus circonspectes, quelque zèle il leur plaise d'afficher pour Laval.

Une question de cette importance devrait assurément être traitée avec moins de passion et plus de droiture.

Une nouvelle lettre, reçue de Rome par l'Archevêque de Québec, pour lever tout doute au sujet de la succursale établie à Montréal, ordonne expressément que l'on observe rigoureusement le Décret de Septembre dernier qui renvoie à celui du 1er Février 1876. Quand ce Décret sera-t-il exécuté ?

De la mort subite des femmes en couches.

CAS D'EMBOLIE PULMONAIRE. AUTOPSIE.

Parmi les causes nombreuses de la mort subite dans l'état puerpéral que nul ne peut prévoir et contre lesquelles la science est absolument impuissante, nous ne voulons citer aujourd'hui que les embolies pulmonaires.

Celles-ci proviennent de sources extra-vasculaires ou de sources intra-vasculaires. C'est-à-dire que les substances capables de fournir les embolies capillaires du poumon ont deux sources distinctes : les unes naissent dans une partie du système circulatoire, les autres sont étrangères à ce système et s'y introduisent.

Parmi les corps étrangers introduits spontanément dans le sang pendant la vie il faut placer l'air en première ligne. Son introduction a lieu par l'ouverture de certaines veines, surtout pendant les opérations. Cet accident peut amener une mort immédiate. On a cherché à expliquer ce résultat par la paralysie du cœur, par l'action de l'air sur le cerveau : ces hypothèses sont indubitablement fausses. Tous les phénomènes morbides dépendent d'embolies aériennes obstruant les plus petites divisions de l'artère pulmonaire. Il est absolument impossible de donner sur l'homme une démonstration visible de ce fait ; il faudrait pouvoir observer pendant la vie la circulation du poumon. M. Michel a eu l'heureuse idée pour démontrer la réalité de cette dernière théorie de faire l'expérience suivante : " Sur une grenouille disposée en conséquen-
" ce, je m'assurai, dit-il, de la circulation capillaire dans la
" membrane interdigitale d'un des membres abdominaux ;
" puis j'injectai vers le cœur une certaine quantité d'air par
" la veine tégumenteuse de l'abdomen. Au moment même
" la circulation s'arrêta dans la membrane interdigitale.
" J'ouvris à l'instant la cavité thoracique : le cœur battait,
" quoique renfermant une certaine quantité d'air dans ses
" cavités.

" Après avoir sorti un des poumons, j'observai, à l'aide " d'une forte loupe ou du faible grossissement d'un microsco- " pe, les phénomènes suivants : dans les capillaires au-des- " sous de ½ millimètre de diamètre, on voyait déjà de petites " colonnes d'air qui oscillant sous l'influence des pulsations " cardiaques, empêchaient complètement le passage du sang " dans les capillaires plus petits. Parfois cependant, à la suite " d'une contraction du cœur, certaines parties de la colonne " d'air se détachaient pour s'engager dans les capillaires d'un " plus petit volume et devenaient ainsi un nouvel obstacle à " la circulation, qui était obligée de se faire par des anasto- " moses voisines. Il en résultait après un temps très court, " que des portions plus ou moins étendues de poumon étaient " entièrement privées de circulation ; la force d'impulsion " du sang s'épuisait à déplacer des colonnes de gaz, qui, en " vertu de leur élasticité, tendaient toujours à reprendre leur " position primitive.

" Il est donc évident que la mort par entrée de l'air dans " les veines est due à une interruption de la circulation " pulmonaire par cette masse de petites colonnettes de fluide " aérien, disséminées comme au tant de bouchons dans le " système capillaire."

M. Feltz a répété sur un lapin l'expérience de M. Michel " En injectant de l'air dans la jugulaire, dit-il, j'ai pu m'assurer " que ce fluide pouvait jouer le rôle d'embolie ; car même au " hile du poumon, on voyait des artérioles distendues par " des bulles d'air et des colonnettes de sang, ce qui les faisait " ressembler à autant de thermomètres dont la tige mercu- " rielle se trouve morcelée."

Que disent du reste, les autopsies relatées dans les observations publiées par Dupuytren et Roux ?

Dans toutes on signale la présence de l'air dans les cavités droites du cœur, dans les artères et les veines du corps. N'est-il pas évident que l'existence de ce fluide dans tout le système circulatoire accuse son passage de l'arbre de l'artère pulmonaire dans celui de l'aorte ? Il a donc dû se former dans les

capillaires du premier des masses de petites colonnettes qui, fermant le passage du sang, ont amené la mort subite par syncope ou asphyxie.

Aux signes qui accompagnent l'agonie, il n'est pas permis de douter du mécanisme terminal; la dyspnée, la respiration saccadée, la précipitation des battements du cœur, les convulsions et la chute rapide du thermomètre placé dans le rectum dénotent bien l'asphyxie. En disant que la mort arrive ainsi, il est bien entendu que nous ne voulons pas prétendre que ce soit par défaut d'air, mais par manque d'hématose; tout le monde sait en effet que pour qu'il y ait respiration, deux facteurs sont nécessaires, l'air d'une part; de l'autre, le sang. Que l'on arrête l'apport de l'un de ces élémens, la mort survient identiquement par le même mécanisme. L'oblitération des capillaires empêche l'arrivée du sang aux vésicules pulmonaires; un des facteurs de l'hématose est aussi sûrement supprimé que si l'on plaçait une ligature sur l'origine de l'artère pulmonaire, ou que si l'on empêchait le cœur droit de recevoir le sang qui lui est destiné.

Voilà l'explication des embolies capillaires du poumon provenant d'uue source extra-vasculaire, *celle de l'introduction spontanée de l'air dans le sang.*

Une autre source distincte des embo lies capillaires du poumon prend naissance dans une partie du sy stème circulatoire, on dit alors qu'elle est intra-vasculaire.

Dans ces derniers temps en effet on a signalé une cause de mort subite à peu près inconnue des anciens et qui cependant parait la plus fréquente de toutes. C'est l'obstacle mécanique à la circulation déterminé par un caillot sanguin engagé dans l'artère pulmonaire. La production de ces caillots a lieu sous l'influence de deux causes distinctes : 1o. par coagulation spontanée du sang, en dehors de toute inflammation ou lésion du système vasculaire ; 2o. par migration d'un caillot fibrineux, provenant d'une phlébite.

En général, dans les autopsies, quelque soit la cause du décès, on trouve dans le cœur des caillots qui se sont formés

pendant les derniers moments de l'existence ; mais ces caillots sont mous, noirs, et ne présentent aucune trace d'organisation. Lorsqu'il s'agit d'une embolie mortelle, il n'en est plus de même : les caillots sont durs, organisés, ils ont une forme allongée et sont plus ou moins décolorés.

Par le fait de la gestation, il se produit des modifications dans la composition chimique du sang : l'une d'elles porte sur la proportion de la fibrine qui augmente d'une manière notable. Elle est de 2, 2 à l'état de vacuité, et s'élève à 3, 5 pendant la grossesse. Il en résulte une disposition beaucoup plus grande à la formation des caillots.

Cette modification est en quelque sorte physiologique, puisqu'on l'observe chez toutes les femmes enceintes ; mais elle peut être encore augmentée l'orsqu'il se fait une hémorrhagie pendant le travail, le sang devient plus coagulable encore. Alors qu'il survienne un ralentissement de la circulation ou un arrêt complet, comme dans la syncope, et il peut immédiatement se former un caillot fibrineux qui détermine une asphyxie plus ou moins rapide en obturant l'artère pulmonaire.

Les faits vérifiés par l'autopsie, et qui appartiennent à ce groupe, présentent ce caractère commun et essentiel : que la mort est arrivée plus ou moins subitement dans un état de santé entièrement bon. Aucun symptôme de phlébite ou de lésion quelconque du système vasculaire, ne vient éveiller l'attention. Pas de frisson antérieur, pas de douleurs locales vers le bassin ou sur un autre point. L'état général de l'accouchée inspire une sécurité complète. Tout à coup, à la suite d'un mouvement ou d'un effort, la femme est prise d'agitation : une anxiété profonde se manifeste, on observe de la dyspnée, de l'orthopnée, la malade étouffe, les inspirations se multiplient jusqu'à atteindre 40 ou 50 par minute. Les battements du cœur, violents et tumultueux, s'affaiblissent bientôt et sont très fréquents ; le pouls faible, filiforme, disparait rapidement. La face est pâle ou cyanosée, couverte d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités sont glacées. Parfois,

on observe quelques mouvements convulsifs, et la malade succombe avec toute son intelligence ou dans une prostration profonde.

Parfois, les symptômes que nous venons d'énumérer manquent, la malade pousse un cri, un peu d'écume monte aux lèvres et la mort est instantanée.

Les observations qui appartiennent aux embolies résultant d'une phlébite sont assez nombreuses pour qu'il soit inutile d'en citer. Virchow, Morderet, Dawson, Charcot, Simpson, etc., en rapportent de nombreux exemples. Le praticien peut, sinon empêcher l'accident, au moins le noter comme possible et mettre à couvert sa responsabilité vis-à-vis de la famille en lui indiquant la terminaison qu'on peut redouter.

Les symptômes mortels de cette forme de l'embolie sont exactement ceux que nous venons d'indiquer plus haut ; seulement ici la cause est connue, et ses conséquences doivent faire partie du pronostic.

Nous renverrons au traité d'accouchements de M. Joulin pour les altérations des veines qui constituent la *phlegmatia*, et la forme et la constitution du caillot obturateur. Il nous suffira d'ajouter que la portion libre de ce caillot, dont l'extrémité est conoïde et flottante, pénètre parfois dans une collatérale ou dans l'iliaque. Cette portion se trouve en quelque sorte usée par le courant sanguin qui l'enveloppe : elle subit un ramollissement favorable à sa rupture, et bientôt elle suit le cours du sang qui l'entraine vers le cœur ; de là elle passe dans l'artère pulmonaire dont elle oblitère le calibre. Pendant les derniers moments de la vie, le sang forme, au caillot fibrineux, une dernière couche peu adhérente et dont la couleur indique l'époque récente de sa formation. Les coagulums de cette nature remplissent parfois les subdivisions de l'artère pulmonaire.

Les embolies sont, dans la plupart des cas, le résultat d'une *phlegmatia alba dolens ;* mais, parfois aussi, elles ont succédé à une phlébite utérine.

Les accidents qui résultent de l'embolie sont tellement

au-dessus des ressources de l'art, qu'il serait puéril d'indiquer un traitement, même lorsque la mort ne se produit qu'après des attaques successives. Il existe un obstacle mécanique au cours du sang : nous n'avons aucun moyen de modifier cet obstacle, et les excitants externes ou les alcalins à l'intérieur, qui ont été proposés, ne méritent aucune confiance.

L'indication pratique consiste à faire garder à la malade atteinte de *phlegmatia alba* ou de phlébite, un repos aussi longtemps prolongé que possible. On peut espérer ainsi que la régression des caillots ou leur destruction moléculaire sera terminée quand la patiente commencera à se lever; mais il ne faut pas se dissimuler qu'on obtiendra difficilement une obéissance suffisante pour atteindre un pareil résultat. Il est douteux qu'une femme qui ne souffre pas consente à garder le lit pendant un mois ou deux ; il faut avouer, du reste, que nous ne possédons pas de signe certain qui nous fasse connaître l'état exact du caillot, et lorsque la veine oblitérée forme un cordon dur, nous ignorons si le caillot peut encore se déplacer. Dans tous les cas, il faut recommander à la malade d'éviter les efforts et les mouvements violents pendant un certain temps après qu'elle a quitté le lit. Nous ferons, du reste, remarquer qu'on n'a pas noté d'accidents dus à l'embolie après le 30ème jour qui suit l'accouchement ; c'est donc une limite qui semble devoir écarter tout danger.

Il faut surtout que le praticien s'abstienne d'explorer avec persistance le trajet de la veine enflammée ; le contact des doigts pourrait contribuer à détacher une portion du caillot qui serait entraînée par la circulation.

Après cet exposé que nous venons de faire par la compilation d'extraits du *Traité clinique et expérimental des embolies capillaires*, *par V. Feltz*, ouvrage couronné par l'Institut, ainsi que du *Traité complet d'accouchements par M. Joulin*, nous allons rapporter un de ces accidents terribles dont nous avons été dernièrement le témoin dans cette position si pénible d'une impuissance complète pour y rémédier.

Le 20 décembre dernier, je fus appelé auprès de A. Z.

primipare âgée de 38 ans. Cette femme avant sa grossesse qui datait de six à sept mois, avait toujours joui d'une assez bonne santé, sauf quelques attaques de pleurésie dans sa jeunesse.

Elle me dit qu'elle avait reçu, pendant plusieurs semaines, chez elle, les soins d'un médecin étranger à sa famille, au milieu de laquelle elle venait se faire soigner. A ma visite, je la trouvai bien souffrante, le ventre tendu, dur, douloureux et l'utérus extrêmement développé : point de mouvements actifs de la part du fœtus ; œdème des extrémités inférieures, visage décoloré, respiration génée ; peau sèche, petite toux, insomnie. La malade ne peut garder la position horizontale, elle est obligée de rester assise, le jour et la nuit, sur une chaise, le dos appuyé contre un corps solide, les pieds soutenus par un tabouret. Quelques douleurs de reins, un léger écoulement des eaux de l'amnios me font présager un accouchement prochain, la nature me venait donc en aide. Je n'avais plus qu'à temporiser. Enfin après plus de 48 heures elle donne le jour à un enfant du sexe masculin, faible et débile, qui meurt quelques heures après sa naissance. La tension et le volume du ventre étant restés à peu près les mêmes, je constate par le toucher une nouvelle poche amniotique. Pour ne pas amener une déplétion trop soudaine, je temporise pendant quelque temps encore. Enfin je fais la rupture des membranes, je ménage l'écoulement des eaux pour qu'il ne soit pas trop rapide. Je ne puis préciser la présentation, le second enfant est beaucoup plus gros que le premier ; il ne présente certainement pas la tête, est-ce le siège ? Mais je ne sens pas de fissure, il n'y a pas de méconium, pas de parties sexuelles. Les douleurs sont faibles et éloignées, la malade les supporte facilement, je laisse faire la nature. Enfin la femme est débarrassée. L'enfant est mort-né, il est venu par le siège. Tout son corps est tellement infiltré que je m'explique maintenant la difficulté du diagnostic de la présentation. Le sillon qui sépare les fesses est effacé par l'infiltration, il y a ankilose des articulations des extrémités

inférieures qui sont croisées l'une sur l'autre avec tant de force qu'elles sont gangrenées dans tout leur point de contact par la pression subie. De là l'impossibilité de prendre les parties sexuelles pour point de repert, le sexe de l'enfant, une fille, contribuant encore à augmenter la difficulté. Les pieds et les mains sont difformes.

La grossesse était donc gémellaire, il y avait hydropisie de l'amnios, infiltration générale d'un des fœtus et de plus ascite chez la mère. Celle-ci avait toujours refusé de croire à sa grossesse, aussi son premier médecin, placé dans de telles circonstances, n'avait-il pu faire de véritable diagnostic.

La délivrance n'ayant pas lieu, et la rétention du placenta ne causant pas d'hémorrhagie, j'attendis à peu près deux heures avant d'aller le chercher. J'introduisis alors ma main dans l'utérus, il y avait adhérence complète du placenta que je détachai avec soin, et j'introduisis ma main encore une couple de fois pour enlever quelques cotylédons restés et m'assurer que le tout avait bien été enlevé. La femme était parfaitement bien pour les circonstances, la déplétion de la matrice avait été lente et graduelle.

Après quelque temps de repos, la mère s'apprêtait à nettoyer le lit, à échanger les alèses et à appliquer le bandage autour du corps de la nouvelle accouchée lorsque tout à coup celle-ci s'écrie " *j'étouffe, j'étouffe,* " sa respiration devient précipitée, la face blanche, les lèvres cyanosées, le pouls imperceptible, les extrémités froides ; elle a toute sa connaissance, après une couple de minutes à peine de cet état d'anxiété terrible, elle expire.

Je donne le certificat du décès, sur lequel j'inscris : *mort subite par embolie pulmonaire*. Puis, après beaucoup de pourparlers avec la famille, j'obtiens enfin la permission de faire l'autopsie.

Elle a lieu entre 9 h. et 10 h., p. m., à peu près quarante heures après le décès, dans le cercueil même, à la lumière d'une bougie tenue à la main près du cadavre et celle d'une lampe à l'huile de pétrole posée sur la table qui

l'avoisine. M. Vannier, interne à l'Hôtel-Dieu, a l'obligeance de la faire sous mes yeux. Le thorax ouvert, on trouve quelques adhérences de la plèvre, les poumons ne contiennent point de sang et ne sont que légèrement teintés de rouge en arrière par l'hypostase ; le cœur sorti de place, on remarque que ses cavités droites sont gonflées, la pointe du scalpel pénètre à peine dans le ventricule droit qu'on voit le cœur s'affaisser, et M. Vannier retirant aussitôt son instrument, met la main au-dessus de la petite incision qu'il vient de faire et sent l'air qui s'en échappe. Puis il ouvre le cœur ; un caillot d'agonie occupe la cavité de l'oreillette droite et l'orifice des veines caves. Rien n'obstrue la lumière de l'artère pulmonaire. Cette femme a donc succombé à l'asphyxie causée par une embolie de source extra-vasculaire, à l'introduction de l'air dans le sang.

Comment s'est opérée cette dernière ? Oserais-je émettre l'opinion que mon bras introduit trois fois de suite, à de courts intervalles, dans l'utérus a pu faire pour ainsi dire l'office du piston d'une pompe foulante et faire pénétrer ainsi l'air dans le sang par les sinus utérins ? L'absence de toute hémorrhagie permettrait peut-être de le supposer, d'autant plus que ces derniers présentaient une plus grande surface vue la présence d'un double placenta.

Dr. d'Orsonnens.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

De l'accouchement chez les primipares âgées.

L'accouchement chez les primipares âgées offre-t-il des difficultés spéciales, présente-t-il des accidents particuliers, des dangers propres à inspirer et à justifier les craintes exprimées par les gens du monde et partagées par un grand nombre de médecins ?

Les causes incriminées, les raisons invoquées, par exemple la soudure du coccyx, celle de la symphyse pubienne, la ré-

sistance des parties molles, qui rend plus longue la période de dilatation, etc., peuvent-elles réellement entrer en ligne de compte et subsister devant une analyse exacte des faits ?

Citons quelques-uns des auteurs qui ont admis les causes que nous venons d'énumérer.

Pour Astruc (*Maladies des femmes*, liv. III), « les femmes qui sont âgées sont privées de cet avantage (la flexibilité du coccyx) parce que les articulations des os du coccyx sont devenues trop serrées, et ces os moins flexibles. Aussi est-ce une des causes qui font que les vieilles filles risquent plus, en accouchant, que celles qui sont plus jeunes.

« L'autre est l'écartement des os pubis, qui agrandit l'entre-deux des os innominés . . . . . Cet écartement n'arrive que dans les jeunes personnes. »

Mauriceau admet que les parties sont plus sèches, plus dures, et ne peuvent céder facilement à la dilatation nécessaire ; en outre, les vieilles filles ont l'articulation du croupion plus difficile.

Deventer s'exprime ainsi : « *Os uteri tam crassum et prædurum ut ægre aperiatur, idque plurimum venit iis, quæ provectioris jam ætatis sunt in primo maxime enixu.* »

Voilà qui expliquerait les difficultés de l'accouchement ; et ces difficultés peuvent provoquer l'intervention de l'accoucheur, des manœuvres diverses dont les conséquences, pour la mère et pour l'enfant, sont plus ou moins nuisibles ; de là, des accidents, des dangers : déchirure fréquente du périnée (Wigand, Michaelis), prédisposition plus grande aux convulsions éclamptiques (Nœgele et Grenser), accidents puerpéraux, (Hugenberger), folie puerpérale (Tuke), etc. L'accouchement, chez les primipares âgées, conclut Ahlfeld, présente des complications plus graves que chez les jeunes femmes.

Une question préjudicielle se pose :

Quelle est la limite d'âge que la primipare ne doit pas franchir ?

Quelques auteurs considèrent comme *âgées* les primipares qui dépassent 25 ans ; quelques autres accordent jusqu'à

27 ans ; Cohnstein recule la limite jusqu'à 30 ans et Ahlfeld, plus libéral encore, assigne, comme terme 32 ans. Si l'on considère la période d'activité sexuelle de la femme, qui s'étend de l'apparition des règles à leur cessation, c'est-à-dire de 13 ans à 45 ans en moyenne, on pourra arriver à des données plus satisfaisantes. La vie sexuelle de la femme peut en effet se diviser en trois époques : 1° époque d'apprentissage des organes, établissement de la menstruation ; 2° Époque de fonctionnement ; la femme apte à concevoir, se trouve dans les conditions les plus favorables, les meilleures, pour mener à bien une grossesse ; 3° époque de repos ; cessation de la menstruation, de l'ovulation ; l'appareil génital va subir une atrophie de plus en plus prononcée.

La premiére époque doit s'étendre jusqu'au complet développement du corps, du squelette, jusqu'à 22 et 25 ans. La deuxième époque ira de 22 à 45 ans, moment où disparaissent les règles. Ces deux époques constitueront la période d'activité sexuelle. La troisième époque, ou de repos, d'inaptitude à concevoir, commencera à 45 ans.

Mais, avant le repos définitif, l'appareil génital présente des modifications dans les phénomènes d'ovulation, de menstruation ; déjà il est moins susceptible d'imprégnation, sa vitalité est moins grande ; dans ce temps de transition, difficile à délimiter, la femme est déjà âgée pour la conception. La durée de cette période de transition sera de 8 à 9 ans, environ un tiers de l'époque de fonctionnement, et s'étendra de 36 à 45 ans.

Ce sont des moyennes, sans doute ; mais, si des accidents sont à craindre pour les primipares âgées, nous devrons les rencontrer *à fortiori* en reculant le plus possible la limite d'âge et en prenant pour les analyser les observations de primipares de 36 à 45 ans.

Dans un travail fort intéressant (1), le docteur Nangiagalli Luigi rapporte les observations de soixante primipares ayant

(1) *Anali di ostetricia,* mai-août 1881.

atteint ou dépassé l'âge de 35 ans et qui accouchèrent de 1871 à 1860 à l'hôpital de Milan.

Dans cette période de dix ans, il fut reçu :

Primipares de 35 à 40 ans, 48 ;
" 40 à 45 ans, 11 ;
" 50 ans, 1.

Les accouchements de ces 60 primipares donnèrent les résultats suivants :

Accouchements simples : 58 ; gémellaires, 2 ;
" spontanés : 40 ; artificiels, 22.

Présentations : vertex, nº 53 ;
" fesses, 8 ;
" épaule, 1.

Opérations pratiquées :

Extraction manuelle,	3 ;
Forceps,	7 ;
Débridement du col,	2 ;
Accouchement provoqué,	2 ;
Embryotomie,	3 ;
Taille césarienne,	3.

Ainsi, vingt fois l'intervention de l'accoucheur fut nécessaire

Déchirures du périnée, 2 ;
Femmes mortes, 9.

Durée moyenne de l'accouchement chez les femmes à bassin normal :

Période de dilatation,	12 heures	17 minutes ;
Période d'expulsion,	2 "	27 "
Durée totale :	14 heures	44 minutes.

On est frappé immédiatement par le chiffre élevé de la mortalité : 9 mortes sur 60 femmes, ce qui donne 15 0/0. On n'est pas moins étonné par le nombre d'accouchements qui réclamèrent l'intervention de l'accoucheur : vingt fois sur 60 enfants.

Certes, des chiffres pareils seraient effrayants pour les primipares âgées, si l'analyse ne venait pas montrer que les cau-

ses de cette mortalité, de ces accouchements difficiles, n'étaient en rien sous la dépendance de l'âge.

En effet, les 9 mortes se répartissent de la façon suivante :

Opération césarienne	3 décès ;
Embryotomie	1 "
Accouchement prématuré artificiel	1 "
Éclampsie, néphrite (décès, une heure après un accouchement abortif, fœtus pesant 185 gram.).	1 "
Pleurésie droite	1 "
Septicémie consécutive à un accouchement spontané	2 "

Remarque importante : la durée du travail chez les trois dernières femmes à bassin normal décédées fut : pour la pleurétique, de 9 heures ; pour les septicémiées, de 12 heures et 19 heures.

Les mortes à la suite d'opération présentaient toutes des vices de conformation du bassin, sauf l'éclamptique.

Chez les femmes ne présentant aucun vice de conformation du bassin, l'accoucheur intervint dans les circonstances qui se présentent souvent chez les primipares les plus jeunes.

C'est ainsi que trois applications de forceps furent faites deux fois par menace d'asphyxie de l'enfant, une fois pour une occipito-postérieure, la rotation de la tête n'ayant pas ieu.

Il est aisé de se convaincre, par ce tableau, que les trois principales causes devant rendre, chez une primipare âgée, l'accouchement laborieux, savoir : la soudure du coccyx, la rigidité des parties molles, le plus grand développement du fœtus, n'influencèrent en rien le travail.

" Les anciens, a dit le professeur Pajot dans une leçon (1), qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur ; les difficultés dépendent de la période de dilatation du col qui est plus longue et de la résistance des parties

(1) Lisez, *Annales de gynécologie*, 1818.

molles ; il y a là, passez-moi l'expression, comme une espèce de raccornissement général. "

La durée moyenne de l'accouchement chez les primipares bien conformées fut de 15 heures. Chez elles, le raccornissement des parties molles ne devait pas être prononcé.

Quand l'appareil génital ne fonctionne plus, il est frappé d'atrophie. Mais, tant que la menstruation persiste, cet appareil n'est pas frappé de déchéance ; si des modifications de tissu survenaient, la grossesse ne les effacerait-elle pas ?

Quand tous les tissus sont imbibés de liquide, que le col est effacé, que la dilatation commence, pourrait-on au toucher distinguer une primipare âgée d'une jeune ?

Reste le plus grand développement du fœtus à examiner.

Des chiffres donnés par le docteur Nangiagalli, il résulte que les moyennes de la longueur, du poids, du diamétre bipariétal chez les fœtus nés à terme, de primipares âgées, sont inférieures aux moyennes correspondantes des enfants appartenant aux primipares en général ; — chez les femmes âgées, les enfants gros sont beaucoup moins fréquents.

Rien de ce que les divers auteurs ont tour à tour avancé n'est donc rigoureusement exact.

Aux observations du docteur Nangiagalli nous pourrions en joindre d'autres, quelques-unes personnelles, une entre autres où, chez une primipare de 32 ans, le travail commencé à dix heures du soir se termina à quatre heures du matin (première position ; procidence du bras droit).

Nous rappellerons seulement que dans Levret (accouchements laborieux), on trouve plusieurs observations d'accouchements chez des primipares âgées. En les lisant, on voit que les causes qui rendirent ces accouchements laborieux peuvent se rencontrer quel que soit l'âge de la femme : vices de conformation du basin, présentations vicieuses, etc.

De l'examen attentif des faits, de l'étude des observations, il semble donc qu'on peut avancer que chez la primipare de 35 à 45 ans, chez la primipare âgée, l'accouchement ne sera ni difficile ni dangereux lorsque le bassin ne présente pas de

vice de conformation ; que l'appareil génital n'offre aucune altération de tissu (lésions du corps de l'utérus ou du col, tumeurs fibreuses, cancer, etc.)

Cette opinion peut être émise avec d'autant plus de sécurité qu'au besoin elle serait étayée de l'autorité de Mme Lachapelle.

" Il n'est pas un accoucheur, a écrit cette illustre sage-femme, qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de 30, 35 et 40 ans ; il n'est pas une femme de cet âge qui ne voie avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'expérience m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute, on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée qui n'a point eu d'enfant ; mais n'en est-il pas de même des plus jeunes ? La proportion, j'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si quatre sur dix ont parmi les jeunes primipares un accouchement facile, quatre sur dix parmi les plus âgées accouchent avec promptitude et facilité. " (Premier mémoire.)

MARIUS REY.—*Gazette Médicale de Paris.*

(NOTES DU RÉDACTEUR.)

Pour nous, nous ne pouvons certainement pas corroborer les remarques de M. Marius Rey, et reconnaître que les primipares âgées accouchent avec promptitude et facilité dans une proportion égale à celle des jeunes primipares. Dans ce pays le nombre de ces dernières est très considérable, tandis que celui des premières au contraire est très restreint. Néanmoins nous avons rencontré chez elles la plupart des inconvénients mentionnés par les anciens. Avec Mauriceau nous dirons qu'elles ont les parties plus sèches, plus dures et cédant beaucoup plus difficilement à la dilatation nécessaire, aussi avons nous été témoin, seulement chez les primipares âgées, de perforations du périnée, de déchirures de l'utérus qui n'avaient pas d'autres causes. Comme Astruc nous dirons encore que leur coccyx manque de flexibilité ; nous nous rappelons le cas d'une couturière auprès de laquelle nous

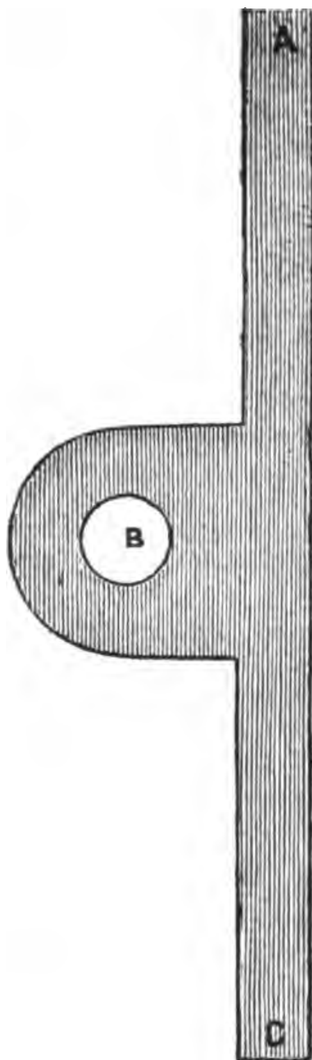
fumes appelé par un regretté confrère, M. le Dr Charlebois, ce ne fut que par la force de nos tractions avec le forceps que nous pumes surmonter l'obstacle qui était dû à la soudure de cet os. Elle eut donc à supporter après ses couches les inconvénients de cette fracture. Nous avons reconnu que le travail chez elles dure plusieurs jours et présente des complications plus graves que chez les jeunes femmes, et nécessite l'intervention active de l'accoucheur. Ces difficultés se rencontrent principalement entre la limite d'âge de 36 à 45 ans.

Double déchirure de l'utérus chez une primipare âgée de quarante-cinq ans, formant une languette sortant de la vulve de près de dix pouces de long et au milieu de laquelle se trouvait le col dilaté grand comme une pièce de cinq francs,—guérison.

Le 25 octobre dernier, j'étais appelé à donner mes soins à J. L. femme de C. B. âgée de 45 ans, mariée depuis 8 ans; c'était sa première grossesse.

Cette femme, d'une stature colossale, est forte et courageuse. Les douleurs sont fréquentes et régulières, mais il n'y a pas de glaires; ses parties au contraire sont dures et sèches. Le col est tout à fait en arrière et montre très peu de disposition à se dilater. Je le ramène dans l'axe du bassin et le maintiens longtemps dans cette position. La dilatation n'avance à rien malgré la régularité des tranchées; la tête est en première position. Le travail se prolonge pendant près de cinq jours. Je donne de temps en temps un peu de morphine à la malade, tant pour la faire reposer que pour vaincre la rigidité tétanique du col. Le cinquième jour je la laisse pour quelques instants vers les onze heures A. M., le col est alors dilaté de la grandeur d'une pièce de 5 francs à peu près. A mon retour, je ne sens plus les rebords du col, je crois à sa dilatation complète, j'applique facilement le forceps et en

quelques instants je sors la tête de l'enfant qui est gros et vigoureux. En même temps se déroule en dehors de l'instru-



A— Point d'attache au corps de l'utérus en avant.

B—Col dilaté de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

C—Extrémité du lambeau coupé transversalement en arrière.

ment un corps que je crois d'abord être le cordon. Au toucher

je reconnais mon erreur. Je termine l'accouchement. Alors je prends dans mes mains le corps en question ; c'est une languette de chair d'un pouce et demi de large, d'une longueur d'à peu près dix pouces hors de la vulve, d'un peu moins d'un quart de pouce d'épaisseur, avec un prolongement transversal, à gauche et au milieu, de quelques pouces de long, au centre duquel je reconnais l'ouverture du col, qui est restée ce qu'elle était à mon départ c'est-à-dire de la grandeur d'une piéce de cinq francs. Cette double déchirure sur le sens longitudinal du corps comprend donc tout le tiers inférieur de l'utérus gravide, s'étendant exactement autant en arrière qu'en avant ; seulement qu'en ce dernier point, le lambeau tient à l'utérus entre les déchirures, tandis qu'en arrière, une déchirure transversale le coupe et le rend libre. Je lave ce lambeau de l'utérus, je cherche à le fouler au fond du vagin, mais il ressort aussitôt. La femme est mise dans son lit avec soin, je reste quelque temps encore auprès d'elle, sa position n'est pas trop alarmante.

Je reviens le lendemain avec un confrère à qui je veux faire constater le fait. Tout est rentré, après son examen j'introduis ma main dans le vagin, c'est un cul de sac pour ainsi dire sans fond, je n'ose prolonger ma recherche, la malade du reste s'y refuse et regrette d'avoir consenti.

Elle se dit plus mal. Elle accuse dans le bas du ventre à gauche surtout une douleur continuelle, exaspérée par le mouvement. Point de lochies, point de lait, insomnie, pouls à 120, ballonnement de l'abdomen. Je la tiens sous l'effet continuel de la morphine. Après une quinzaine de jours elle s'assied dans son lit, se dit de mieux en mieux. Enfin après un mois à peu près, elle se lève et commence à s'occuper de son enfant. Je continue à la visiter et son mari me prie de l'examiner, deux mois après, pour savoir ce qu'est devenu ce lambeau de l'utérus.

Au toucher je retrouve le col, mais il est lâche et évasé, un peu plus haut il est resserré, comme par un lien ; consé-

quence probable de la cicatrice de la déchirure qui circonscrivait la plus grande partie du col que je ne puis mieux comparer qu'à l'ouverture d'une poche attachée avec une corde. La guérison est parfaite, je me l'explique par la plus rapide contractilité du tissu utérin chez la primipare. Cette languette de l'utérus qui tenait à sa partie antérieure a dû de proche en proche s'accoler et se souder pour ainsi dire au corps de l'organe dont le retrait uniforme, comme celui du lambeau, devait faciliter l'union.

Cette femme vaque maintenant à tous les soins de son ménage.

Dr d'Orsonnens.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS.

GLOSSOMÉGALIE ET IDIOTIE.

Leçon de M. le professeur Parrot recueillie par M. Varéle et revue par le professeur.

Messieurs,

Bien que les cas vulgaires et d'une pratique journalière soient généralement plus intéressants pour le médecin praticien que les faits que l'on rencontre rarement, cependant il en est parmi ces derniers qui méritent d'être tout particulièrement signalés quand ils se présentent à notre observation. C'est de l'un de ces cas que je veux aujourd'hui vous entretenir. Je n'en ai observé jusqu'à ce jour qu'un autre exemple, il y a neuf ans, dans ce même hôpital. Cette première observation est encore inédite ; je vous la ferai connaître dans quelques instants.

Le fait actuel, dont vous avez le sujet sous les yeux, est celui d'un garçon de deux ans, atteint de prolapsus lingual avec glossomégalie. La langue, volumineuse, pend constamment hors de la bouche, démesurément. Elle est développée dans toutes ses dimensions, étant beaucoup plus longue, plus

large et plus épaisse qu'une langue normale ; sa teinte est d'un violet très prononcé, et sa face supérieure est couverte d'un enduit épais et blanchâtre. Les veines voisines du frein sont très développées.

Avant d'avoir pris les dimensions de l'organe, on se demande tout d'abord s'il est réellement plus volumineux qu'à l'état normal, ou s'il ne paraît l'être, que parce que la cavité buccale est plus petite que chez les sujets de cet âge. Or l'examen de cette cavité montre que celle-ci est un peu plus grande peut-être qu'à l'état normal chez un enfant de deux ans. Nous sommes donc bien en présence d'une glossomégalie véritable, et j'espère vous montrer qu'il ne s'agit pas là seulement d'une simple curiosité clinique.

A l'état physiologique, la langue présente d'assez grandes différences, selon les sujets. Chez les uns, elle est mince, effilée, rouge et très alerte ; chez d'autres, au contraire, elle est épaisse et large, lourde, violacée, et il semble qu'elle manque d'agilité, d'où quelque embarras dans la prononciation. Entre ces deux limites extrêmes, il existe de nombreuses variétés.

La glossomégalie reconnaît des causes diverses : la glossite profonde, parenchymateuse ; certaines intoxications, comme celle par le mercure, la piqûre d'insectes venimeux. Nous ne trouvons rien de semblable chez notre petit enfant. Il ne faut pas non plus songer à un état congestif causé par des attaques d'épilepsie, des convulsions répétées, ou des quintes de coqueluche. Dans ces cas, la langue, congestionnée momentanément, augmente de volume et en est portée hors de la bouche ; mais cela dure peu. Ces différentes causes doivent donc être absolument rejetées, et nous restons en face d'un prolapsus lingual congénital, d'une malformation qui, ayant débuté pendant la vie intra-utérine, se sont accrus et aggravés depuis la naissance jusqu'à ce jour.

Cette difformité a reçu différentes dénominations ; on l'a désignée tour à tour par les noms de *glossoptose*, de *megaloglossia*, de *lingua vitulina* (langue de veau), enfin de *glossomégalie*.

Elle s'accompagne ordinairement de quelques particularités indispensables à connaître. C'est ainsi qu'au début l'organe, bien qu'hypertrophié, peut encore rester contenu dans la cavité buccale ; mais, l'épaississement augmentant, la bouche reste entr'ouverte, la langue s'avance peu à peu au dehors et finalement est en état de prolapsus complet. Ainsi projetée au dehors, elle se recouvre bientôt d'un enduit blanchâtre, de sillons creusés par les dents et qui se transforment plus tard en véritables ulcérations. Chez l'enfant que vous voyez ici, les choses n'en sont pas encore arrivées à ce point, et l'on ne constate jusqu'à présent l'existence d'aucune ulcération.

Du côté du maxillaire il se produit une sorte d'atrophie ainsi qu'un renversement plus ou moins prononcé ; les dents s'écartent peu à peu et sont projetées en avant ; puis au bout d'un certain temps elles se déchaussent et se carient. La salive, n'étant plus maintenue dans la cavité buccale déformée, s'écoule au dehors. La lèvre inférieure devient ordinairement très volumineuse, pendante, et présente aussi, à un moment donné, quelques ulcérations.

Mais là ne se bornent pas encore les altérations résultant de l'augmentation de volume et du prolapsus de la langue. Son poids et sa chute au dehors attirent en avant le larynx et le voile du palais, et relèvent l'os hyoïde. Il en résulte certains troubles fonctionnels. La succion et la mastication deviennent difficiles, la déglutition malaisée, la phonation gênée. La nutrition est entravée par une alimentation défectueuse et incomplète, et l'enfant peut succomber ainsi à une série de troubles digestifs.

Chez le sujet qui nous occupe plus particulièrement ici, l'on n'observe encore qu'une partie de cette symptomatogie.

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique, je ne m'y étendrai pas beaucoup ; je dirai seulement que, suivant MM. Virchow et Billroth, la glossomégalie est une ectasie des vaisseaux lymphatiques, tandisque pour la plupart des autres observateurs elle consiste en une hypertrophie de l'élément

musculaire. Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est toujours fort grave.

Qu'est donc cette malformation, d'où vient-elle ?

Dans l'article *Langue*, du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, M. Bouisson dit avoir observé plusieurs fois des cas où la glossomégalie coïncidait avec des arrêts de développement d'autres parties du corps ; il cite notamment des anencéphales qui étaient nés avec un prolapsus lingual plus ou moins accusé.

En nous plaçant à ce point de vue, examinons notre petit sujet. Ce qui frappe chez lui, après l'aspect de sa bouche et de sa langue, c'est un défaut de proportions entre les différentes parties du corps. Ainsi le torse est d'une longueur exagérée relativement à celle des membres, le ventre est énorme et le thorax d'une hauteur et d'une épaisseur également au-dessus de la normale.

Par contre, les membres sont très courts et trapus ; les jambes paraissent concaves en dedans, à cause de l'énorme saillie que les muscles font en arrière et en dehors. Les fesses et les cuisses sont également très développées, et cela musculairement et non parce qu'il y a un surcroît de tissu adipeux. Les pieds sont très gros, surtout épais et violacés. Les mains présentent les mêmes particularités.

Comme on le voit d'une part, les différentes parties du corps de cet enfant diffèrent de celles d'un sujet du même âge, et d'autre part elles n'affectent pas entre elles les relations normales.

Pour qu'il ne puisse subsister aucun doute à cet égard, j'ai relevé et mis en regard des dimensions qu'il m'a fournies celles d'un autre enfant âgé comme lui de deux ans.

	Enfant atteint de glossomégalie.	Enfant régulièrement conformé.
Taille	65	72
Longueur du tronc (du grand trochanter à l'épine de l'omoplate).	24	23
Longueur du membre supérieur...	25	28
Tour du bras	14	13

	Enfant atteint de glossomégalie.	Enfant régulièrement conformé.
Tour de l'avant-bras à la partie moyenne....	13	12
Longueur du membre inférieur (du grand trochanter au talon)......	24	23
Tour de la cuisse..........	22	22
Tour de la jambe..........	16	15.5

Ce tableau nous montre en résumé une taille moins élevée de 7 centimètres que celle du sujet qui nous sert de termes de comparaison, tandis que le tronc est au contraire plus long d'un centimètre. Les membres sont à la fois plus courts et plus épais, plus trapus. Il y a donc là une série d'anomalies consistant en un désordre complet dans les proportions des diverses parties du corps et surtout en un développement excessif, insolite, du système musculaire.

Mais ce n'est pas tout. L'enfant n'a pas encore de dents, bien qu'il ait deux ans, et que d'ordinaire, à cet âge, il doive avoir déjà dix à douze dents. Notez aussi qu'en dépit du volume des muscles la marche est impossible. Ajoutez à cela que la physionomie est celle d'un idiot, que le menton est déjà en arrière et la partie inférieure de la face prédomine notablement sur la région frontale. De plus l'on n'a pu constater jusqu'ici aucune manifestation intellectuelle proprement dite.

Enfin, je vous signalerai : 1° un bruit de souffle qui, par son maximum à la pointe et à gauche, doit être atttribué à une lésion organique ; 2° l'ouverture persistante de la fontanelle ; 3° l'existence d'une hernie ombilicale en forme de doigt de gant.

Cette intéressante observation de glossomégalie n'est pas un fait isolé. Je vais vous en faire connaître une autre qui semble calquée sur elle, et que j'ai recueillie ici, il y a déjà neuf ans.

La voici telle que je la retrouve dans mes notes :

Joséphine Vallin, née le 8 novembre 1867, est admise à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Assistés le 13 avril 1872, c'est-à-dire à l'âge de quatre ans et demi.

Sa physionomie a un caractère très prononcé de bestialité, avec un prognathisme notable· Il y a une prédominance très marquée de la face sur le crâne. Le nez est épaté et comme écrasé à sa racine. La langue, très volumineuse et d'une épaisseur exagérée, est constamment saillante hors de la bouche. Toutes les dents temporaires sont apparentes, à l'exception des canines inférieures.

Le thorax est très développé à sa base, où il présente 54 cent. de tour, tandis qu'au niveau des seins il n'en mesure que 49. L'abdomen est volumineux ; on y voit une hernie ombilicale cylindrique et allongée, qui sert de jouet à l'enfant. L'embonpoint est général. Les pieds et les mains ont une épaisseur et un volume démesurés ; ils sont violacés.

L'enfant ne se maintient sur ses membres inférieurs que si on la soutient et fait des mouvements comme pour marcher, mais elle ne marche pas.

Les fonctions du tube digestif sont normales. Les aliments consistent surtout en matières liquides.

A la région du cœur, un peu en dedans du mamelon, il existe un souffle prolongé, qui masque le premier bruit normal et retentit dans une assez grande étendue. Le nombre des pulsations est de 84. La température rectale est de 36°,6. La taille de 74 centimètres. La fontanelle n'est pas encore comblée.

Le 7 mai. — L'enfant est atteinte de coqueluche, on voit des aphthes sur la lèvre inférieure et des ulcérations sur la face supérieure de la langue. Le ventre est ballonné. — Le bruit cardiaque persiste. Température R. : 37°,3.

10 mai. — Les ulcérations font des progrès. Les quintes de coqueluche sont très violentes et déterminent une cyanose intense.

La mort a lieu le 15.

L'autopsie est faite le 16, à dix heures du matin.

Le poids de l'enfant est de 7,911 grammes.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule un peu de sérosité.

L'encéphale pèse		755 grammes
Le cerveau	662	
Le cervelet	80	
La protubérance et le bulbe	13	
	——	755 grammes

D'après un assez grand nombre d'observations, j'ai constaté que le poids moyen de l'encéphale chez les enfants de quatre à cinq ans était de 1,190 grammes, c'est-à-dire supérieur de 4405 grammes à celui de notre malade.

Les deux hémisphères paraissent symétriques.

Les circonvolutions cérébrales ne diffèrent de celles des enfants du même âge qu'en ce qu'elles sont notablement plus minces. Les ventricules latéraux semblent avoir leurs dimensions normales. Des coupes pratiquées sur l'hémisphère droit n'y montrent rien de particulier.

A l'œil nu, la moelle ne parait pas altérée.

En un point très circonscrit de chaque poumon, on constate une induration œdémateuse du parenchyme.

Le cœur pèse 55 grammes. Il est remarquable par sa forme conique et la prédominance du ventricule gauche sur le droit. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, épaissies et rigides, rétrécissent l'orifice du vaisseau, dont la surface interne présente en ce point des plaques athéromateuses, Les sigmoïdes de la pulmonaire sont également épaissies mais n'ont rien perdu de leur souplesse.

La langue pèse 46 grammes.

Il y a de la stéatose hépatique périlobulaire.

Les reins sont sains.

Les muscles des membres ont une apparence normale.

Comme vous avez pu le voir par la lecture que je viens de vous faire de cette observation, il est difficile d'imaginer une ressemblance plus grande entre deux sujets que celle qui rapproche Vallin de l'enfant que vous avez sous les yeux. Depuis la face stupide, avec sa langue pendante et la hernie ombilicale, jusqu'au volume exagéré des extrémités et à l'affection organique du cœur, tout y semble identique. Une aussi gran-

de analogie clinique m'autorise suffisamment à conclure à une analogie anatomique non moins accentuée, je veux dire à des lésions ayant le même siège, la même nature et la même importance.

Comme l'un des enfants est idiot par arrêt de l'évolution encéphalique, il est permis d'admettre que l'idiotie de l'autre reconnaît la même cause.

Voilà donc deux idiots chez lesquels un arrêt dans le developpement de l'encéphale coïncide avec une hypertrophie linguale.

Rapprochons ces faits de ceux qui ont été observés par M. Bouisson, où l'anencéphalie s'accompagnait de mégaloglossie avec prolapsus. Rappelons-nous également que chez les crétins, ces êtres dont l'abaissement cérébral est incontestable, la lèvre inférieure est pendante ; la langue est très volumineuse, comme gonflée, gluante, et semble souvent s'échapper d'une bouche démesurément grande d'où coule une salive visqueuse. Leur mâchoire inférieure, grosse et lourde, déborde la supérieure et donne à la physionomie quelque chose de bestial. Leurs dents sont très espacées, mal implantées, cariées ; celles de la première dentition, une fois tombées, sont rarement remplacées.

De tous ces faits, il semble résulter que chez certains individus il existe une relation intime entre la glossomégalie et l'abaissement intellectuel par diminution de la masse encéphalique ou par imperfection de sa structure.

Une même cause a-t-elle amené l'atrophie cérébrale et l'hypertrophie des masses musculaires, la langue comprise ? ou bien, ce qui parait plus probable, l'encéphale, primitivement atteint dans sa puissance, a-t-il laissé dans les muscles l'élément charnu, c'est-à-dire brutal, prédominer au préjudice de l'élément nerveux ; et, dans ce cas, la langue, qui joue dans l'expression de la pensée un rôle si important, n'est-elle pas particulièrement frappée ? — Ce n'est pas avec deux faits que l'on peut résoudre de pareilles questions, mais il est permis de les poser et d'appeler sur elles l'attention des observateurs.

Le cœur et ses troubles fonctionnels ont-ils joué un rôle dans ces malformations ? Cela peut être aussi, mais ici encore rien ne peut être précisé.—*Gazette médicale de Paris*, 17 déc. 1881.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL NECKER.

M. Bouilly, suppléant le professeur Trélat.

Déchirure du poumon sans fracture de côtes ; hémopneumothorax ; thoracentèse ; guérison rapide.

Messieurs,

On apportait lundi 19 septembre, dans le service de la clinique un jeune garçon de 17 ans dont l'histoire me paraît importante à vous tracer. Ce blessé présente en effet une lésion rare, d'un diagnostic assez délicat, soulevant des problèmes intéressants d'intervention et de pronostic.

Ce jeune garçon, occupé à servir les maçons, a fait lundi, dans la matinée, une chute sur le sol de la hauteur d'un troisième étage. Ramassé sans connaissance, il était apporté de suite à l'hôpital. A partir de la soirée et pendant toute la nuit, il était pris d'un délire loquace et d'une agitation extrême, qui nécessitait qu'on le fixât dans son lit avec des alèzes et qu'on l'enfermât entre des planches. C'est dans cet état de délire et d'agitation, avec perte presque absolue de l'intelligence, que nous le trouvions à notre première visite, le mardi matin.

Ici, messieurs, permettez-moi d'ouvrir une parenthèse, pour vous rappeler — chose banale en apparence — la nécessité d'examiner les malades dans tous leurs détails, pour éviter de graves erreurs d'inattention.

Étant donnés l'accident dont ce malade avait été victime et les accidents cérébraux de délire et d'agitation qui s'imposaient tout d'abord à l'attention, le diagnostic venait d'emblée à l'esprit d'une fracture du crâne ou tout au moins d'une

lésion cérébrale quelconque. Ce diagnostic avait été déjà formulé dans le service. En passant outre, nous nous serions étrangement trompés et nous aurions commis une erreur grossière, fort préjudiciable au blessé dans le cas actuel. Cette erreur, je l'avais commise et partagée autrefois dans des circonstances analogues : en 1872, à Sainte-Eugénie où j'étais interne, on nous amenait un jeune garçon tombé également d'un lieu élevé et présentant tout l'ensemble symptomatique de la commotion cérébrale grave. Ce petit blessé succombait le lendemain et nous nous félicitions d'avoir à examiner un encéphale atteint de commotion ; l'autopsie nous révélait bientôt notre erreur en nous montrant l'intégrité absolue du cerveau et une *énorme déchirure du foie* avec un épanchement sanguin abondant dans l'abdomen. Notre blessé avait succombé à une hémorrhagie interne, dont les symptômes peuvent, dans quelques circonstances, avoir la plus grande analogie avec ceux de la commotion cérébrale.

Ce fait me revenait en mémoire avant l'examen de notre blessé, en même temps que la pâleur extrême de sa peau et de ses muqueuses, sa large dilatation pupillaire me frappaient et me permettaient de vous annoncer que son délire relevait sans doute d'une anémie cérébrale aiguë.

Je procédai de suite à un examen détaillé : rien du côté de la tête ; aucune ecchymose, pas d'écoulements anormaux ; aucune sensibilité à la pression des diverses régions du crâne ; rien également du côté de l'abdomen ; mon attention portée surtout du côté des viscères friables, le foie, la rate, j'explorai les hypochondres et les flancs sans y déterminer de douleur ; les reins, la vessie, paraissaient également indemnes. La douleur n'était réveillée que par la pression exercée sur le côté droit du thorax, vers les côtes moyennes ; on n'y trouvait cependant ni plaie, ni contusion, ni emphysème sous-cutané.

La percussion indiquait de suite une sonorité exagérée, tympanique, dans la région antérieure du thorax et une matité complète en arrière dans les deux tiers inférieurs. A

l'auscultation, on percevait en avant, dans une grande étendue, un souffle amphorique, à timbre métallique, tandis qu'en arrière régnait un silence absolu dans toute la zone mate.

A cette période de l'examen, notre diagnostic, messieurs, n'était pas difficile, et je le formulais ainsi devant vous : déchirure du poumon droit avec épanchement d'air et de sang dans la plèvre correspondante, véritable hémopneumothorax traumatique. J'ajoutais que l'épanchement sanguin devait être abondant et que son abondance expliquait tous les phénomènes de l'hémorrhagie interne que nous offrait le blessé.

Comment donc s'était produit cette déchirure du poumon qui avait versé l'air et le sang en abondance dans la plèvre ? Il n'y avait aucune plaie extérieure, donc pas de pénétration, et il ne semblait pas y avoir de fracture de côtes. Nous ne trouvions, en effet, aucun signe de cette lésion : l'examen méthodique, de chaque côté, l'absence d'emphysème, nous permettaient de rejeter la fracture qui, dans un pareil traumatisme, est le plus souvent facile à constater et intéresse à la fois plusieurs côtes voisines.

J'étais ainsi amené à diagnostiquer une lésion rare dont je veux vous entretenir en quelques mots : *la déchirure du poumon sans fracture de côte.* Lésion rare, en effet, et peu observée : car son histoire tient tout entière dans un mémoire du professeur Gosselin, présenté à la Société de chirurgie en 1846, et dans une thèse de M. Courtois, en 1873, laquelle contient un bon historique du sujet et des considérations intéressantes sur le mécanisme de la lésion.

Cette déchirure du poumon se produit dans des circonstances analogues à celles que nous observons ici : elle succède à des traumatismes portant sur une large surface de la paroi thoracique, chutes d'un lieu élevé, éboulements, chocs par un corps large et pesant. Grâce à leur élasticité, les côtes se laissent déprimer, tandis que le parenchyme pulmonaire éclate et se fissure. Aussi l'accident en question s'observe-t-il presque

exclusivement chez de jeunes sujets dont la paroi thoracique n'a pas encore perdu son élasticité et résiste grâce à la flexibilité de ses arcs costaux. Cette déchirure du poumon exige en outre une condition spéciale signalée par M. Gosselin et mise en lumière par M. Courtois, à savoir l'emprisonnement de l'air dans l'intérieur du poumon. Au moment d'un accident, d'une chute, il y a sans doute de la part du blessé un effort soudain, soit pour éviter le danger, soit pour le repousser ; un effort, c'est-à-dire une occlusion brusque de la glotte renfermant l'air dans le poumon. Cet air renfermé se trouve ainsi soumis à une forte tension et le poumon transformé en un corps solide et résistant, dans l'instant du traumatisme qui s'y transmet alors avec toutes ses conséquences.

Les expériences cadavériques de M. Courtois sont très démonstratives à cet égard : la percussion brusque d'un poumon en libre communication par sa grosse bronche avec l'air extérieur en détermine le simple affaissement et non la déchirure ; mais qu'on vienne à lier cette bronche et à retenir ainsi l'air intérieur, la même percussion fait éclater le poumon en divers points et y produit des fissures plus ou moins profondes avec attrition du parenchyme.

C'est là, messieurs, je pense, ce qui s'est produit chez notre sujet : la nature du traumatisme, l'âge du blessé, l'absence de toute lésion de la paroi, les signes donnés par la percussion et l'auscultation, suffisent largement à légitimer notre diagnostic.

Autre question importante à résoudre ; quelle est la source de l'hémorrhagie abondante versée dans la plèvre ? Il ne peut être question, bien entendu, d'une plaie de l'artère intercostale ni de la mammaire interne ; l'intégrité de la paroi exclut cette hypothèse. Le sang ne peut venir que du poumon. Or les expériences récentes de mon ami Ch. Nélaton, prosecteur à la Faculté, nous ont appris qu'un épanchement sanguin pleural, d'origine pulmonaire, appréciable à l'examen et *à fortiori* abondant, ne pouvait venir que des vaisseaux du hile ou des artères et veines déjà volumineuses qui

accompagnent les bronches de deuxième et de troisième ordre. Toute piqûre ou plaie superficielle du poumon ne verse pas dans la plèvre une quantité de sang suffisante pour se révéler par l'examen. Or, la blessure des vaisseaux du hile est immédiatement mortelle ; nous pensons donc, d'après ces expériences, que la déchirure a intéressé chez notre malade les vaisseaux de deuxième et troisième ordre. Le fait est très probable,vu la rupture simultanée de bronches déjà volumineuses dont la béance a versé dans la plaie cette grande quantité d'air que nous trahissent les signes d'un pneumothorax étendu.

J'ajoute qu'il nous manque un signe important, l'*hémoptysie*. Son absence ne peut modifier notre diagnostic. L'hémoptysie n'est pas fatale dans les plaies pénétrantes de poitrine, et sans doute manque-t-elle lorsque le sang trouve une issue facile du côté de la plèvre et que le poumon est refoulé et comprimé par l'épanchement sanguin et gazeux.

Messieurs, la constatation de pareils désordres entraînait un pronostic grave, et je vous ai fait part au moment de l'accident des craintes que nous devions concevoir.

Il y avait d'abord un danger immédiat, *primaire*, pour ainsi dire, résultant de cette abondante hémorrhagie interne contre laquelle nous sommes à peu près désarmés. Elle était le danger des premières heures ; l'hémorrhagie pouvait continuer ou l'abondance du sang déjà versé pouvait être telle que le malade fût incapable de sortir du colapsus où il était plongé.

Plus tard, nous aurions à compter avec la dyspnée et l'asphyxie résultant de la suppression totale de la moitié du champ respiratoire ; enfin, à une période éloignée, la purulence pouvait envahir cet épanchement sanguin pleural en communication facile avec l'air extérieur par les bronches encore béantes.

Je prescrivis des injections sous-cutanées d'éther, de l'opium, du vin à l'intérieur. Je vous conseille encore en pareil cas les injections d'ergotine qui peuvent peut-être agir favorablement contre l'hémorrhagie interne.

Je quittai le malade en vous disant que, s'il pouvait passer vingt-quatre heures et sortir du collapsus, il aurait des chances de survie, et qu'en tout cas nous serions moins désarmés contre les complications ultérieures.

Ces heures d'attente se passèrent, et le jeudi matin 22, nous trouvions notre blessé dans la deuxième période de ses accidents : depuis la veille, la fièvre s'était allumée et atteignait 39.5 ; la respiration était courte, anxieuse ; les battements du cœur étaient petits et précipités, le visage avait une légère teinte cyanique, le malade était sans connaissance. Le danger actuel était l'asphyxie que n'avaient pu combattre de nombreuses ventouses sèches appliquées sur le thorax.

Nous constations, comme au premier jour, les signes du pneumothorax dans toute la région antérieure et la présence en arrière d'un épanchement qui remplissait la plèvre depuis sa base jusqu'à l'épine de l'omoplate, tandis que le poumon gauche, relativement sain, était le siège d'une respiration puérile et de râles de congestion. Je passe rapidement sur les signes qui me permirent de diagnostiquer un vaste épanchement—voussure manifeste de la paroi en arrière, matité dure, sensation de plénitude et de tension du côté de l'épanchement ;—je vous les ai fait remarquer au lit du malade.

Le danger d'asphyxie était pressant ; je pratiquai, séance tenante, la ponction avec aspiration dans le septième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire, en pleine matité, et je retirai un litre de sang noir, sans vouloir épuiser complètement la cavité pleurale.

Ce liquide est-il du sang pur ou bien n'est-il que la sérosité exhalée du caillot, comme le pensent Trousseau et Leblanc d'après leurs expériences et comme l'admet Ch. Nélaton dans sa thèse ? Je ne suis pas en mesure de vous le dire : la couleur noire et franchement sanglante de ce liquide ferait croire qu'il s'agit de sang pur. Il aurait été important d'étudier sa coagulation et sa composition : mais le liquide soustrait a été immédiatement jeté et cette étude nous a fait défaut. Ce qu'il est important de retenir, c'est que nous avons rempli

les indications urgentes et paré aux accidents pressants ; il fallait soustraire ce liquide qui d'une part menaçait d'étouffer le malade et d'autre part n'aurait pas tardé à tourner à la purulence sous l'influence de la fièvre vive provoquée par la réaction de la plèvre.

Deux jours après, notre petit blessé pouvait être considéré comme guéri : il y avait une chute brusque de la température ; la respiration était beaucoup plus facile, la connaissance revenait et l'amélioration se déclarait avec une rapidité que les accidents graves du début ne permettaient guère de prévoir. Aujourd'hui, huit jours après la ponction, le liquide ne s'est pas abondamment reproduit dans la plèvre ; nous constatons seulement une zone de matité à la base en arrière et la persistance en avant des signes du pneumothorax.

L'examen plus facile de la poitrine ne nous a jamais permis de constater de fractures de côtes et nous n'avons rien eu à modifier dans la formule de notre premier diagnostic.

Gazette Médicale de Paris.—15 Octobre 1881.

De la valeur vraie de l'élongation des nerfs dans le traitement des principaux symptômes de l'ataxie locomotrice.

Les lecteurs de ce journal ont été tenus au courant (1) des tentatives faites à l'étranger et en France pour appliquer au traitement des douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice l'élongation des nerfs, qu'on avait employée avec succès contre des névralgies rebelles et des contractures musculaires douloureuses. Lorsque, vers la fin de l'année dernière, M. Debove, assisté de M. Gillette, expérimenta le premier en France ce traitement chirurgical sur un ataxique qui fit l'objet d'une leçon clinique de la part du professeur Charcot, les faits du même genre publiés à l'étranger pouvaient se comp-

(1) F. de Ranse, *Du traitement des douleurs fulgurantes dans l'ataxie locomotrice par l'élongation des nerfs* " Gazette médicale, No. 50, 1880.

ter. Aujourd'hui leur nombre s'est considérablement accru. Il n'est presque pas de chirurgien allemand de quelque renom, qui n'ait payé son tribut à une innovation dont les premiers résultats ont été escomptés avec un enthousiasme auquel nous ont habitués les thérapeutistes de tous les temps et de tous les pays. A en croire les premiers zélateurs, l'élongation des gros troncs nerveux des quatre membres ne se bornait pas à guérir les ataxiques de leurs horribles douleurs; elle rétablissait la sensibilité cutanée et musculaire, elle dissipait l'incoordination motrice, et des malades condamnés au lit depuis longtemps par l'insubordination de leurs membres se levaient et marchaient comme le paralytique de l'Ecriture. Nous tenions enfin le vrai, le seul traitement héroïque de l'ataxie locomotrice ; au prix d'une opération rendue inoffensive par l'emploi du pansement de Lister, les tabétiques se voyaient arrachés à des tortures dont seul l'*Enfer* du Dante pouvait fournir la juste mesure. Et voici qu'à une année d'intervalle ceux-là mêmes qui nous donnaient ces belles espérances nous les reprennent. Qu'ils soient loués pour leur franchise.

Au congrès des naturalistes qui s'est tenu à Salzbourg dans le courant du mois de septembre dernier, cette question de la valeur vraie de l'élongation des nerfs dans le traitement des douleurs fulgurantes et des autres symptômes cardinaux de l'ataxie locomotrice avait été agitée une première fois. Des médecins et des chirurgiens venus de toutes les directions de l'Autriche et de l'Allemagne furent d'accord pour reconnaître que le nouveau traitement n'avait donné que des illusions. Après une première phase d'amélioration souvent éclatante, la maladie poursuit de plus belle sa marche progressive. Ce jugement a été confirmé naguère par des représentants autorisés du corps médical de Berlin. Dans une des dernières séances de la Société de médecine de cette ville (1), Bernhardt, Leyden, Litten, Goldemmer, Israel ont

(1) Deutsch medic. Wochenschrift, numéro 47, p. 637, 1881.

cité des faits nombreux qui ne laissent plus de place au doute : l'élongation des gros troncs nerveux peut, chez les ataxiques, étouffer pendant quelques semaines les douleurs fulgurantes, rappeler la sensibilité cutanée et rétablir l'équilibre dans les mouvements associés des membres ; mais bientôt les manifestations douloureuses, lorsqu'elles ne réapparaissent pas à leur siège primitif, envahissent le tronc, sous forme de douleurs en ceinture ; l'incoordination et l'impuissance motrices s'affirment avec plus de gravité que jamais ; c'est tout au plus si l'amélioration de la sensibilité tactile persiste plus longtemps. En somme, le résultat le plus clair de l'élongation se réduirait à une influence psychique qui fait naître dans l'esprit des malades des espérances sans lendemain.

Notre rédacteur en chef, alors qu'il rendait compte des premiers faits livrés à la publicité, a donc été bien inspiré en prémunissant les novateurs contre les enthousiasmes précoces et en réclamant plus ample informé pour émettre un jugement définitif sur un traitement dont l'inutilité s'impose dès aujourd'hui.

E. Ricklin.

—*Gazette médicale de Paris*, 31 décembre 1881.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1881—Présidence de M. de Saint-Germain.

M. Tillaux : Dans l'avant-dernière séance, M. Trélat a fait une communication sur la colotomie lombaire, et je partage complètement son opinion au sujet de cette opération. Je pense que l'anus lombaire, plus difficile, il est vrai, à pratiquer que l'anus de la fosse iliaque, est moins dangereux que ce dernier, car il expose moins aux accidents péritonéaux ; il est en outre, par sa position, moins gênant pour le malade.

Je désire à ce sujet vous présenter un malade que j'ai opéré par le même procédé que M. Trélat, il y a environ trois

ans. C'est un jeune marin atteint de rectite inflammatoire avec rétrécissement très serré, qui avait déjà subi plusieurs fois la dilatation. Lorsque je l'ai vu, il avait des accidents tels que je fus dans l'obligation de pratiquer un anus artificiel que je fis dans la région lombaire. Le malade a parfaitement guéri, et un détail intéressant de son histoire, c'est que peu de temps après l'opération le malade recouvrait la sensation du besoin d'aller à la selle, il pouvait retenir ses matières pendant un certain temps, à moins qu'elles ne fussent trop liquides.

M. Trélat : Je vais également présenter à la Société une malade à qui j'ai pratiqué la même opération il y a un mois à peine pour un cancer du rectum, et qui actuellement se porte aussi bien que peut le comporter sa maladie : son état s'est beaucoup amélioré, et l'opération retardera probablement beaucoup l'issue fatale de l'affection.

M. Desprès : J'ai toujours été surpris de voir pratiquer l'opération dont il est question, car dans ma carrière je n'ai jamais rencontré de malade chez lequel elle fût nécessaire. J'ai rencontré des cancers du rectum inaccessibles au doigt, et dans ces cas j'introduis ma main entière dans le rectum ; je vais jusqu'au rétrécissement et j'arrive ainsi à faire rendre au malade les matières qui obstruent son intestin. Lorsque je vois le malade au début des accidents d'obstruction, j'applique un vésicatoire sur le ventre et je mets le malade dans un bain, car je ne comprends pas l'utilité de cette opération chez un malade condamné à mourir de cancer.

M. Labbé : J'ai plaidé la cause de cette opération, il y a trois ans, dans un mémoire que j'ai lu à l'académie, et plus que jamais je suis convaincu de son utilité. Je crois également qu'il faut donner la préférence à la colotomie lombaire. Je suis vraiment étonné de l'opinion émise par M. Desprès, car il est certain qu'avec cette opération l'on peut rendre de grands services aux malades. J'ai opéré il y a huit ans un malade dont la guérison s'est maintenue pendant six ans. Mais pour les affections cancéreuses du rectum, lorsque l'on

pratique l'anus artificiel, la moyenne de la survie est de dix-huit mois à deux ans, et c'est certainement un beau résultat. L'opération de l'anus artificiel a deux avantages: d'abord elle remédie à l'occlusion intestinale ; de plus, après l'opération, les malades ne souffrent plus ; le cancer évolue sans doute, mais sans douleur et plus lentement, car l'opération supprime l'irritation de la tumeur causée par le passage des matières.

Dans un cas j'ai fait l'anus dans la fosse iliaque, mais j'y ai été pour ainsi dire forcé : le malade avait des accidents aigus ; je n'avais pas d'aide, j'étais insuffisamment outillé : je dus donc choisir le moyen le plus facile. Mais, lorsque je puis choisir, je préfère de beaucoup la colotomie lombaire, qui donne d'excellents résultats.

Henri BASTARD.

—*Gazette médicale de Paris*, 31 décembre 1881.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE CHIRURGIE, par le docteur G. NEPVEU, ancien interne, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Pitié, membre de la Société de Chirurgie. 1 vol· grand in-8., 720 pages, chez Adrien Delahaye, Paris.

Ce recueil renferme environ trente-trois notes ou mémoires d'importance et d'étendue variables, sur des sujets très divers·

Sans se dissimuler ce défaut d'ensemble, l'auteur, dans sa préface, assure que son livre n'en a pas moins une réelle unité de principes et de méthode.

« Appliquer, nous dit-il, les utiles données de l'anatomie pathologique et de l'histologie à quelque problème clinique intéressant, récolter des observations rares et rechercher dans la littérature nationale et étrangère les faits analogues pour en essayer une esquisse plus générale, passer en revue, sur certains points peu connus, les récentes acquisitions de la science, au besoin recourir à l'expérimentation pour éclai-

rer un point obscur." Tel est en quelques mots l'esprit de ce livre. Nous ne pouvons mieux rendre, en effet, l'impression générale que nous a causée sa lecture, qu'en suivant l'au teur pas à pas.

Une des plus grosses questions de ce temps, c'est à coup sûr celle des bactériens : M. Nepveu nous en démontre l'existence dans le sang des plaques d'érysipèle (1870) ; il explique par leur présence ces faits d'inoculation de matières septiques par des poussières organiques ; il les découvre sur les murs des salles d'hôpital, il les signale dans certaines collections, dans certains abcès entièrement sous-cutanés (bubon, anévrysme poplité, kyste du rein, pleurésie purulente, etc.)

Mais là où se montre le réel talent d'érudition, de critique, et la véritable sagacité de l'auteur, c'est dans l'article intitulé : *Des bactériens et de leur rôle pathogénique au point de vue chirurgical.*

L'auteur passe successivement en revue les données anatomiques et physiologiques dont la science s'est enrichie sur ce point, puis il aborde la question de leur rôle : chemin faisant, il nous fait part de ses propres recherches sur la présence des bactériens dans la septicémie et la pyémie, dans la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et dans le liquide du sac des hernies étranglées.

On peut ne pas partager toutes les idées de l'auteur sur le rôle proprement dit des bactériens, qu'il regarde comme de simples véhicules des poisons dont ils se chargent au contact des milieux infectieux ; on peut ne pas partager sa conviction que la théorie chimique convient seule pour expliquer la grande majorité des faits : mais il n'en faut pas moins reconnaître que la manière saisissante et originale dont il présente cette grande question est toute nouvelle. Ajoutons que le dernier mot de la science est loin d'être dit aussi bien sur les microbes que sur les principes chimiques eux-mêmes (sepsine ptomaïnes, etc.)

Les divers chapitres qui suivent roulent sur les tumeurs mélaniques ; bien avant Gussenbauer, l'auteur explique la

coloration mélanique des tumeurs par une élaboration cellulaire des matériaux colorants du sang ; il établit enfin, fait d'une haute importance clinique, que la généralisation viscérale des tumeurs mélaniques peut se diagnostiquer par l'examen du sang.

Citons ici une série d'articles intéressants sur le lymphangiome simple et ganglionnaire, sur l'inflammation de ces lymphangiectasies ganglionnaires, qu'il a observée sur des Mauritiens en séjour à Paris, sur le lymphangiome de la langue, sur la dénudation des nerfs, sur les ulcères névropathiques dans la paralysie atrophique de l'enfance.

A l'époque où a paru son article sur l'ostéoclasie et l'ostéotomie, l'attention des chirurgiens français n'avait guère été appelée jusqu'alors sur l'ostéotomie, qui du reste aujoud'hui ne prend pas encore facilement racine dans notre pays. Des faits rares d'adéno-chondromes de la glande sous-maxillaire, une observation sur les accidents consécutifs à la ligature de l'artère carotide, nous amènent à une série d'études sur l'oligurie et l'anurie traumatiques d'origine réflexe.

Une des parties les plus importantes de cet ouvrage, c'est, sans contredit, celle qui a trait au testicule. Ne citons ici que les têtes de chapitre : tumeurs perlées du testicule, carcinome, sarcome, squirrhe ; tubercule du testicule. L'auteur a le premier étudié et défini histologiquement le tubercule du testicule, bien avant Friedlander. Ce sont ces premières données que Malassez a complétées depuis.

Suivent une série de chapitres sur le fungus bénin, sur les gommes du testicule, sur la vaginalite hémorrhagique, sur le myome testiculaire, sur les tumeurs du scrotum ; extrêmemement originales sont aussi ses recherches sur les tubes hyalins testiculaires, qu'il compare à ceux qui proviennent du rein.

Dans un chapitre d'une grande érudition, l'auteur étudie, compare près de 200 cas de rupture de kystes de l'ovaire et recherche les moyens pratiques de pallier les effets le plus souvent funestes de cette lésion.

M. Nepveu nous apprend que la mélandre du rectum, si fréquente chez le cheval, est très rare chez l'homme. Il termine son volume par quelques pages sur l'atrophie de la masse fibro-graisseuse sous-métatarso phalangienne et par un long et important mémoire sur le rôle clinique des lésions vasculaires dans les fractures de jambe.

Cette trop rapide esquisse est une preuve de la multiplicité de ressources de l'auteur, qui a utilisé avec bonheur l'histologie normale et pathologique, l'expérimentation et sa connaissance des langues étrangères.

Son travail personnel est considérable, quoiqu'il ait largement puisé dans le service et les doctrines de son maître, auquel il dédie son ouvrage ; c'est donc avec plaisir que nous en recommandons la lecture.

Dr. Piqué

Mécanisme de la respiration.

M. Smester a cherché à démontrer par des expériences que la respiration se fait dans ses deux modes par le nez seul ou par la bouche seule et jamais par les deux conduits simultanément. L'appareil qu'il a employé dans ce but ne laisse pas de doutes sur ce fait. Il en résulte au point de vue pratique qu'il est illusoire de vouloir faire respirer à un sujet deux gaz différents simultanément par le nez et la bouche. Il en résulte encore ce fait que dans l'inhalation chloroformique, on ne fait pas pénétrer d'air dans le poumon, en laissant le nez ou la bouche à découvert lorsqu'on fait aspirer en même temps le chloroforme par l'un ou l'autre de ces orifices.

—*Journ. de méd. et de chir. prat.*, octobre 1881.

Syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice.

Le professeur Erb, de Leipsig, donne une statistique qui attribue un grand rôle à la syphilis dans l'étiologie de l'ataxie. Selon cet auteur 90 pour 100 des ataxiques observés par lui, avaient eu des antécédents syphilitiques. Pour contrôler cette statistique il s'est assuré de la fréquence de la syphilis chez ses clients non ataxiques et il a constaté qu'elle n'excédait pas 20 pour 100. La seule conclusion logique possible, c'est qu'il doit y avoir un certain rapport étiologique entre la syphilis et le tabes.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*, oct. 1881.

Le 14 janvier courant ont eu lieu les élections annuelles des officiers de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. M. le docteur d'Orsonnens a été réélu président et M. le docteur Coderre, secrétaire.

HOTEL-DIEU.

Mutations dans le service. MM. les Drs. J. Roy, F. X. Girard, F. Demers, remplacent MM. les Drs. Coderre, Craig et Brunel.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.

COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 1881.

Service de M. le Dr. Piché.

Ordonnances au Dispensaire	1946
Visites à domicile	198

Ces visites ont été faites par MM. les Drs. Piché, Champagne, Leblanc, Archambault, Girard, Demers, Gadbois, Mathieu et Mignault.



